

Búvárorvos | Résztevői kérdőív

A rekreációs búvárkodás és a szabadtüdős búvárkodás jó fizikai és mentális egészséget igényel. Az alábbiakban felsorolunk néhány egészségi állapotot, amelyek veszélyesek lehetnek búvárkodás közben. Azokat, akiknél ezen állapotok bármelyike fennáll vagy hajlamosak ezekre, orvosnak kell értékelnie. Ez a Búvárorvosi | Résztevői kérdőív szükséges annak meghatározásához, hogy kell-e kérned ezt a szakvéleményt. Amennyiben bármilyen aggályod van a búvárkodással kapcsolatos olyan fizikai- vagy egészségi erőnlétteddel kapcsolatban, amely nem szerepel ebben a felsorolásban, merülés előtt konzultálj orvosoddal. Ha betegnek érzed magad, akkor kerüld a búvárkodást. Ha úgy gondolod, hogy fertőző betegséged lehet, akkor vedd magadat és másokat azzal, hogy nem veszel részt merülési tréningeken és/vagy merülési tevékenységekben. A „búvárkodásra” való hivatkozás ebben a nyomtatványban magában foglalja a rekreációs búvárkodást és a szabadtüdős merülést is. Ezt a nyomtatványt elsősorban az új búvárok első orvosi szűrőjeként tervezték, de a továbbképzésen résztvevő búvárok számára is megfelelő. A saját- és az esetleg veled merülőök biztonsága érdekében a kérdőív minden kérdésére őszintén válaszolj.

Útmutatók

Rekreációs búvárkodás vagy szabadtüdős merülési tanfolyam előfeltételeként töltsd ki ezt a kérdőívet.

Megjegyzés nők számára: Ha terhes vagy, esetleg most tervezel teherbe esni: ne merülj!

1	Problémáim voltak a tüdőmmel/légzésemmel, szívemmel, amelyek befolyásolták a normál fizikai vagy szellemi teljesítményemet..	Igen ☐ lépj tovább az „A” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
2	45 évesnél idősebb vagyok.	Igen ☐ lépj tovább az „B” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
3	Nehezen teljesítek mérsékelt fizikai megterhelést is (például 1,6 kilométer [1 mérföld] sétát 14 perc alatt, vagy 200 méter [200 yard] úszást pihenő nélkül), VAGY erőnléti vagy egészségügyi okok miatt képtelen voltam az elmúlt 12 hónapban részt venni normális testmozgásban.	Igen ☐	Nem ☐
4	Problémáim voltak a szemeimmel, füleimmel vagy orrjárataimmal/ orrmelléküregeimmel.	Igen ☐ lépj tovább az „C” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
5	Az elmúlt 12 hónapban műtétet volt, VAGY folyamatos problémám van múltbeli műtéttel kapcsolatban.	Igen ☐	Nem ☐
6	Eszméletvesztésem-, migrénes fejfájásaim/rohamaim-, sztrókom volt; jelentős fejsérülést szenvedtem, vagy tartós neurológiai sérüléstől / betegségtől szenvedtem.	Igen ☐ lépj tovább az „D” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
7	Jelenleg kezelés alatt állok (vagy az elmúlt öt évben kezelésre volt szükségem) pszichológiai problémák, személyiségzavar, pánikrohamok, drog- vagy alkoholfüggőség miatt; vagy diagnosztizáltak nálam tanulási nehézségeket diagnosztizáltak nálam.	Igen ☐ lépj tovább az „E” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
8	Hátproblémáim, sérvem, fekélyem volt; vagy cukorbetegségem van.	Igen ☐ lépj tovább az „F” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
9	Gyomor- vagy bélproblémáim voltak, beleértve közelmúltbeli hasmenést is.	Igen ☐ lépj tovább az „G” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
10	Vényköteles gyógyszereket szedsz (a fogamzásgátló vagy maláriaellenes gyógyszerek kivételével, amennyiben az utóbbi nem a mefloquine (Lariam).	Igen ☐	Nem ☐

A résztvevő aláírása

Ha 'NEM' volt a válasz a fenti 10 kérdésre, akkor orvosi vizsgálat nem szükséges. Kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el az alábbi résztvevői nyilatkozatot.

Résztvevői nyilatkozat: Minden kérdésre őszintén válaszoltam, és elfogadom, hogy engem terhel a felelősség az esetlegesen pontatlanul megválaszolt kérdésekből vagy a meglévő vagy korábbi egészségügyi körülmények közlésének elmulasztásából eredő valamennyi következményt.

A résztvevő aláírása (vagy kiskorú résztvevő esetén a szülő/gyám aláírása szükséges).

Dátum: (éééé/hh/nn)

Résztvevő neve (nyomtatott betűkkel)

Születési idő (éééé/hh/nn)

Oktató neve (nyomtatott betűkkel)

Létesítmény neve: (nyomtatott betűkkel)

* **Ha válaszod IGEN** volt a fenti 3., 5. vagy 10. kérdésre **VAGY** a 2. oldalon található bármelyik kérdésre, kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el a fenti résztvevői nyilatkozatot, **ÉS ennek a nyomtatványnak mindhárom oldalát (Résztevői Kérdőív és Orvos Értékelő Lapja) vidd magaddal orvosodhoz** orvosi értékelés céljából. A búvárkurzuson való részvételhez az orvos jóváhagyása szükséges.

Búvárorvos | Résztvevői kérdőív folytatása

„A” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:			
Mellkasi műtetem, szívűműtetem, szívbillentyű műtetem, stent behelyezésem vagy légmellel (atelektázia).	Igen ☐ *	Nem ☐	
Fizikai aktivitásomat, testmozgásomat korlátozó asztmám, nehéz lélegzésem, súlyos allergiám, szénanáthám vagy elzáródott légutam az elműlt 12 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐	
A szívemet érintő problémám vagy betegségeű, például: angina, mellkasi fájdalom terheléskor, szívélégtelenség, merűlés okozta tűdő ödéma, szívroham vagy sztrók; VAGY gyógyszerűt szedek bármilyen szívbetegségeű.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Az elműlt 12 hónapban visszatérő hűrghurutom volt és jelenleg is köhűgűk, VAGY emfizemát diagnosztizáltak nálam.	Igen ☐ *	Nem ☐	
A tűdőmet, légzéseműt, szívemet és/vagy véreműt érintő tünetek az elműlt 30 napban, amelyek csűkkentik fizikai vagy szellemi teljesítményeműt.	Igen ☐ *	Nem ☐	
„B” KÉRDÉSCSOPORT – 45 ÉVESNÉL IDűSEBB VAGYOK ÉS:			
Jelenleg dohányzom, vagy más módon nikotint lélegezem be.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Magas a koleszterinszintem.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Magas a vérnyomásom.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Volt olyan közeli vérrokonom, aki 50 éves kora előtt hirtelen szívbetegségeűben vagy sztrókban halt meg, VAGY családomban 50 éves életkor előtt előfordult szívbetegségeű (beleértve rendellenes szívritmusokat, koszorűér-betegségeűt vagy kardiomiopátiát is).	Igen ☐ *	Nem ☐	
„C” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:			
Mellékűregi műtetem az elműlt 6 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Fűlbetegségeűm vagy fűlűműtetem, hallásűcsűkkenésem vagy egyensúly problémáim.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Visszatérő mellékűregi gyulladásaim az elműlt 12 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Szeműműtetem az elműlt 3 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐	
„D” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:			
Eszméletvesztéűes fejsérűlésem az elműlt 5 évben.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Tartós idegrendszeri sérűlésem vagy betegségeűm.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Ismétlűdű migrén fejfájásaim az elműlt 12 hónapban, vagy azok megelőzésére gyógyszerűket szedtem/szedek.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Rűvid ájulásom vagy eszméletvesztéűsem (teljes/részleges eszméletvesztés) az elműlt 5 évben.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Epilepsziás rohamaim, gűrcseim, VAGY gyógyszerűket szednek azok megelőzésére.	Igen ☐ *	Nem ☐	
„E” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:			
Viselkedéű-, mentális- vagy pszichológiai problémáim, amelyek orvosi/pszichiátriái kezelést igényelnek.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Sűlyos depresszióm, őngyilkossági gondolataim, pánikrohamaim, ellenűrizetlen bipoláris rendellenességeűm, amely gyógyszerűt/ pszichiátriái kezelést igényel.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Diagnosztizált mentális egéűsszégi állapotváltóűasom vagy folyamatos gondozást igénylű tanulóűi/fejlűdési rendellenességeűm.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Kezelést igénylű kábítóűszer- vagy alkoholfűggűségeűm az elműlt 5 évben.	Igen ☐ *	Nem ☐	
„F” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:			
Olyan visszatérű hátproblémáim az elműlt 6 hónapban, amelyek korlátozzák a mindennapi tevékenységeiműt.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Hát- vagy gerincűműtetem az elműlt 12 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Cukorbetegségeűm, akár gyógyszerű-, akár étrend-kontrollált, VAGY az elműlt 12 hónapban terhességi cukorbetegségeűm.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Nem kezelt sűrvem, amely korlátozza a fizikai képességeiműt.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Aktív vagy kezeletlen fekélyeim, problémás sebeim vagy fekélyűműteteim az elműlt 6 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐	
„G” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:			
Sztűma-operációm, és nincs orvosi engedélyem úűszásra vagy fizikai tevékenységeűt folytatására.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Olyan dehidrációm az elműlt 7 napban, amely orvosi beavatkozást igényelt.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Aktív vagy kezeletlen gyomor- vagy bűlfekélyem, vagy fekélyűműtetem az elműlt 6 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Gyakori gyomorégéseűm, regurgitációm vagy gyomorral-, nyelűcsűűvel őűsszefűggű reflux betegségeűm (GERD).	Igen ☐ *	Nem ☐	
Aktív vagy ellenűrizetlen fekélyes vastagbűlgyulladásom vagy Crohn-betegségeűm.	Igen ☐ *	Nem ☐	
Bariatríia műtetem (bypass, gyomorballon, gyomorgűűrű, gyomorsűűkítés, stb.) az elműlt 12 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐	

A résztvevő neve:

Születési ideje:

(nyomtatott betűkkel)

dátum (éééé/hh/nn)

A fent említett személy az ön véleményét kéri arról, hogy alkalmas-e egészségileg rekreációs búvárkodásban vagy a szabadtüdős oktatásban vagy tevékenységben való részvételhez.
Kérjük, hogy a búvárkodással összefüggő egészségügyi állapotokkal kapcsolatos útmutatásokért keresse fel az uhms.org honlapot.
Az értékelés részeként tekintse át a páciensével kapcsolatos bekezdéseket.

Értékelési eredmény

- ☐ Jóváhagyom – nem találok olyan körülményeket, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárkodással vagy a szabadtüdős búvárkodással.
- ☐ Nem hagyom jóvá – olyan körülményeket találok, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárkodással vagy a szabadtüdős búvárkodással.

Orvos aláírása

dátuma (éééé/hh/nn)

Orvos neve:

Szakterülete:

(nyomtatott betűkkel)

Klinika/kór áz:

Cím:

Telefon:

e-mail

Orvos/klinika bélyegzője (opcionális)

Létrehozva a [Diver Medical Screen Committee](#) által a következő testületekkel együttműködésben:
The Undersea & Hyperbaric Medical Society
DAN (US)
DAN Europe
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego