



Ιατρική Βεβαίωση Δύτη | Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων

Οι καταδύσεις αναψυχής, αυτόνομης και ελεύθερης κατάδυσης απαιτούν καλή σωματική και ψυχική υγεία. Υπάρχουν μερικές ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να επιφέρουν κίνδυνο στην υγεία κατά την κατάδυση, και αναφέρονται παρακάτω. Τα άτομα που πάσχουν, ή έχουν προδιάθεση, για κάποιες από τις παρακάτω καταστάσεις, θα πρέπει να αξιολογούνται από γιατρό. Το παρόν ερωτηματολόγιο συμμετοχής σε καταδύσεις παρέχει μια αρχική εκτίμηση για να εξακριβωθεί εάν θα πρέπει να επιδιώξετε αυτή την ιατρική εξέταση. Εάν έχετε οποιαδήποτε ανησυχία σχετικά με την σωματική σας επάρκεια κατά την διάρκεια της κατάδυσης η οποία δεν αναφέρεται σε αυτό το ερωτηματολόγιο, συμβουλευτείτε το γιατρό σας πριν από οποιαδήποτε δραστηριότητα κατάδυσης. Εάν αισθανέστε άρρωστοι, αποφύγετε την κατάδυση. Εάν πιστεύετε ότι μπορείτε να πάσχετε από μια μεταδοτική ασθένεια, προστατέψτε τον εαυτό σας και τους άλλους μη συμμετέχοντας σε καταδυτικές εκπαιδεύσεις ή/και καταδυτικές δραστηριότητες. Οι αναφορές σε "καταδύσεις" σε αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνουν τόσο τις αυτόνομες καταδύσεις όσο και την ελεύθερη κατάδυση. Αυτό το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε κυρίως ως μια αρχική ιατρική εκτίμηση για τους νέους δύτες, αλλά είναι εξίσου κατάλληλη για τους δύτες που συνεχίζουν την εκπαίδευση τους. Για την ασφάλειά σας, αλλά και για την ασφάλεια των ατόμων που καταδύονται μαζί σας, σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια.

Οδηγίες

Συμπληρώστε αυτό το ερωτηματολόγιο ως προϋπόθεση για να συμμετάσχετε σε αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.

Σημείωση για τις γυναίκες: Εάν είστε έγκυος, ή προσπαθείτε να μείνετε έγκυος, μην συμμετάσχετε σε δραστηριότητες κατάδυσης.

1	Είχα προβλήματα με τους πνεύμονες, την αναπνοή, την καρδιά και/ή το αίμα μου που επηρεάζουν τη φυσιολογική σωματική ή πνευματική απόδοσή μου.	☐ Ναι Πηγαίνετε στο κουτί Α	☐ Όχι
2	Είμαι άνω των 45 ετών	☐ Ναι Πηγαίνετε στο κουτί Β	☐ Όχι
3	Μου είναι σωματικά δύσκολο να εκτελέσω μια μέτριας έντασης άσκηση (για παράδειγμα, περπάτημα για 1,6 χιλιόμετρα ή ένα μίλι σε 14 λεπτά ή συνεχόμενη κολύμβηση για 200 μέτρα), ή δεν είμαι σε θέση να συμμετάσχω σε σωματικές δραστηριότητες λόγω κακής φυσικής κατάστασης ή λόγω υγείας κατά τους τελευταίους 12 μήνες.	☐ Ναι *	☐ Όχι
4	Είχα προβλήματα με τα μάτια μου, αυτιά, μύτη/ιγμόρεια	☐ Ναι Πηγαίνετε στο κουτί C	☐ Όχι
5	Έχω χειρουργηθεί τους τελευταίους 12 μήνες, ή έχω συνεχόμενα προβλήματα / επιπλοκές από παλαιότερα χειρουργεία.	☐ Ναι *	☐ Όχι
6	Έχω χάσει τις αισθήσεις μου, είχα πονοκεφάλους ή ημικρανίες, επιληπτικές κρίσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο, σημαντικό τραυματισμό στο κεφάλι, ή πάσχω από κάποια νευρολογική βλάβη ή ασθένεια.	☐ Ναι Πηγαίνετε στο κουτί D	☐ Όχι
7	Αυτήν τη στιγμή βρίσκομαι σε θεραπεία (ή χρειάστηκε θεραπεία τα τελευταία πέντε χρόνια) για ψυχολογικά προβλήματα, διαταραχή προσωπικότητας, κρίσεις πανικού ή εθισμό στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ, ή έχω διαγνωστεί με μαθησιακή ή αναπτυξιακή αναπηρία.	☐ Ναι Πηγαίνετε στο κουτί E	☐ Όχι
8	Είχα προβλήματα με την μέση, κήλες, έλκη, ή διαβήτη	☐ Ναι Πηγαίνετε στο κουτί F	☐ Όχι
9	Είχα προβλήματα με το στομάχι ή στο έντερο, συμπεριλαμβανομένου και κάποιας πρόσφατης διάρροιας.	☐ Ναι Πηγαίνετε στο κουτί G	☐ Όχι
10	Παίρνω συνταγογραφούμενα φάρμακα (με εξαίρεση τα φάρμακα για τον έλεγχο των γεννήσεων ή τα φάρμακα κατά της ελονοσίας εκτός από τη μεφλοκίνη (Lariam).	☐ Ναι *	☐ Όχι

Υπογραφή Συμμετέχοντος

Εάν απαντήσατε ΟΧΙ και στις 10 παραπάνω ερωτήσεις, δεν απαιτείται ιατρική αξιολόγηση. Παρακαλούμε διαβάστε και συμφωνήστε με την παρακάτω δήλωση συμμετεχόντων υπογράφοντας και βάζοντας ημερομηνία.

Δήλωση συμμετέχοντα: Έχω απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια, και καταλαβαίνω ότι αναλαμβάνω την ευθύνη για τυχόν συνέπειες που προκύπτουν από οποιοδήποτε ερωτήσεις που μπορεί να έχω απαντήσει ανακριβώς ή για την αποτυχία μου να αποκαλύψω τυχόν υπάρχουσες ή προηγούμενες καταστάσεις ή παθήσεις.

Υπογραφή Συμμετέχοντος (ή, εάν είναι ανήλικος, απαιτείται η υπογραφή του γονέα/κηδεμόνα του συμμετέχοντα.)

Ημερομηνία (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤΟΣ)

Ονοματεπώνυμο Εκπαιδευτή

Ηλικία: (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤΟΣ)

Ονοματεπώνυμο Εκπαιδευτή

Επωνυμία Κέντρου Κατάδυσης

* Εάν απαντήσατε ΝΑΙ στις ερωτήσεις 3, 5 ή 10 ή σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις στη σελίδα 2, παρακαλούμε διαβάστε και να συμφωνήσετε με την παραπάνω δήλωση υπογράφοντας και βάζοντας την σημερινή ημερομηνία και παραδώστε και τις τρεις σελίδες αυτού του ερωτηματολογίου (Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων και Έντυπο Αξιολόγησης του Ιατρού) στο γιατρό σας για ιατρική αξιολόγηση. Η συμμετοχή σας σε δραστηριότητες κατάδυσης απαιτεί την έγκριση του γιατρού σας.

Ημερομηνία έκδοσης: 01-02-2022 1 από 3 © 2020

Ιατρική Βεβαίωση Δύτη | Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων (συνέχεια)

ΠΛΑΙΣΙΟ Α – ΕΧΩ/ΕΙΧΑ:

Χειρουργική επέμβαση στο στήθος, καρδιοχειρουργική, εγχείρηση καρδιακής βαλβίδας, εμφύτευση ιατρική συσκευή (π.χ. στεντ, βηματοδότης, νευροδιεγέρτης), πνευμοθώρακας και/ή χρόνια πνευμονοπάθεια.	☐ Ναι *	☐ Όχι
Άσθμα, συριγμό, σοβαρή αλλεργία, πυρετός του χόρτου, αποφρακτική πνευμονοπάθεια τους τελευταίους 12 μήνες τα οποία μειώνουν τα επίπεδα σωματικής επάρκειας και άσκησης	☐ Ναι *	☐ Όχι
Πρόβλημα ή ασθένεια που σχετίζεται με την καρδιά όπως: στηθάγχη, πόνος στο στήθος κατά την δραστηριότητα ή άσκηση, καρδιακή ανεπάρκεια, οξύ πνευμονικό οίδημα, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, ή λαμβάνω φαρμακευτική αγωγή για κάποια πάθηση της καρδιάς	☐ Ναι *	☐ Όχι
Επαναλαμβανόμενες βρογχίτιδες και συχνός βήχας κατά τους τελευταίους 12 μήνες, ή διαγνωστεί με εμφύσημα	☐ Ναι *	☐ Όχι
Συμπτώματα που επηρεάζουν τους πνεύμονές μου, την αναπνοή, την καρδιά και/ή το αίμα μου τις τελευταίες 30 ημέρες και μειώνουν τη σωματική ή πνευματική μου απόδοση.	☐ Ναι *	☐ Όχι

ΠΛΑΙΣΙΟ Β – ΕΙΜΑΙ ΑΝΩ ΑΠΟ 45 ΕΤΩΝ ΚΑΙ:

Καπνίζω καπνό ή ατμίζω προϊόντα που περιέχουν νικοτίνη	☐ Ναι *	☐ Όχι
Έχω υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα	☐ Ναι *	☐ Όχι
Έχω υψηλή πίεση (υπέρταση)	☐ Ναι *	☐ Όχι
Είχα συγγενή πρώτου βαθμού που πέθανε ξαφνικά από ασθένεια του καρδιαγγειακού, ή εγκεφαλικό επεισόδιο πριν την ηλικία των 50 ετών, ή έχω οικογενειακό ιστορικό από ασθένειες του καρδιαγγειακού πριν την ηλικία των 50 ετών (περιλαμβανομένου αρρυθμίες, στεφανιαία νόσο, ή καρδιομυοπάθειες)	☐ Ναι *	☐ Όχι

ΠΛΑΙΣΙΟ Γ – ΕΧΩ/ΕΙΧΑ:

Χειρουργείο στα ιγμόρεια ή/και τους παραρρινίους κόλπους	☐ Ναι *	☐ Όχι
Παθήσεις του ωτός (αυτιού), χειρουργείο αυτιού, χάσιμο της ακοής, ή προβλήματα με την ισορροπία	☐ Ναι *	☐ Όχι
Επαναλαμβανόμενη ιγμορίτιδα μέσα στους τελευταίους 12 μήνες	☐ Ναι *	☐ Όχι
Χειρουργείο στα μάτια μέσα στους τελευταίους 3 μήνες	☐ Ναι *	☐ Όχι

ΠΛΑΙΣΙΟ Δ – ΕΧΩ/ΕΙΧΑ:

Κρανιοεγκεφαλική κάκωση με απώλεια αισθήσεων μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	☐ Ναι *	☐ Όχι
Επιμένοουσα νευρολογική κάκωση ή ασθένεια	☐ Ναι *	☐ Όχι
Επαναλαμβανόμενη ημικρανία/πονοκέφαλος μέσα στους τελευταίους 12 μήνες ή λήψη προληπτικής φαρμακευτικής αγωγής	☐ Ναι *	☐ Όχι
Συγκοπή ή λιποθυμία (ολική ή μερική απώλεια συνείδησης) μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	☐ Ναι *	☐ Όχι
Επιληψία, επιληπτικές κρίσεις, ή σπασμοί ή λήψη προληπτικής φαρμακευτικής αγωγής	☐ Ναι *	☐ Όχι

ΠΛΑΙΣΙΟ Ε – ΕΧΩ/ΕΙΧΑ:

Πρόβλημα συμπεριφορικής υγείας, ψυχικά ή ψυχολογικά προβλήματα που απαιτούν ιατρική/ψυχιατρική θεραπείαΝαι	☐ Ναι *	☐ Όχι
Μειζονα κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός, κρίσεις πανικού, ανεξέλεγκτη διπολική διαταραχή που απαιτεί φαρμακευτική αγωγή/ψυχιατρική θεραπεία	☐ Ναι *	☐ Όχι
Έχω διαγνωστεί με μια πάθηση ψυχικής υγείας ή μια μαθησιακή/αναπτυξιακή διαταραχή που απαιτεί συνεχή φροντίδα ή ειδική προσαρμογή.	☐ Ναι *	☐ Όχι
Εθισμό στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ που απαιτεί θεραπεία μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	☐ Ναι *	☐ Όχι

ΠΛΑΙΣΙΟ F – ΕΧΩ/ΕΙΧΑ:

Επαναλαμβανόμενα προβλήματα με την μέση τους τελευταίους 6 μήνες που περιορίζουν την καθημερινή μου δραστηριότηταΝαι	☐ Ναι *	☐ Όχι
Χειρουργική επέμβαση στην μέση ή στην σπονδυλική στήλη εντός των τελευταίων 12 μηνών	☐ Ναι *	☐ Όχι
Διαβήτη, είτε ελεγχόμενο από φάρμακα είτε διαίτα, ή διαβήτη κύησης τους τελευταίους 12 μήνες.	☐ Ναι *	☐ Όχι
Μια μη-χειρουργημένη / διορθωμένη κήλη που περιορίζει τις σωματικές μου ικανότητες/δραστηριότητεςΝαι	☐ Ναι *	☐ Όχι
Ενεργά ή μη θεραπευμένα έλκη, ανοιχτά τραύματα/πληγές ή χειρουργική επέμβαση έλκους εντός των τελευταίων 6 μηνών	☐ Ναι *	☐ Όχι

ΠΛΑΙΣΙΟ G – ΕΧΩ/ΕΙΧΑ:

Κάνει χειρουργική επέμβαση στομίας (παρά φύση έδρα) και δεν έχω ιατρική έγκριση για να κολυμπήσω ή να συμμετάσχω σε σωματική δραστηριότητα	☐ Ναι *	☐ Όχι
Αφυδάτωση που απαιτήσει ιατρική παρέμβαση εντός των τελευταίων 7 ημερών.	☐ Ναι *	☐ Όχι
Ενεργά ή μη θεραπευμένα στομαχικά ή εντερικά έλκη ή χειρουργική επέμβαση έλκους εντός των τελευταίων 6 μηνών	☐ Ναι *	☐ Όχι
Συχνή καούρα, παλινδρόμηση, ή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση	☐ Ναι *	☐ Όχι
Ενεργό ή ανεξέλεγκτη ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn	☐ Ναι *	☐ Όχι
Βαριατρική χειρουργική επέμβαση μέσα στους τελευταίους 12 μήνες.	☐ Ναι *	☐ Όχι

*Απαιτείται ιατρική αξιολόγηση από ιατρό (βλ. σελίδα 1). 2 από 3 © 2020



Ιατρική Βεβαίωση Δύτη | Έντυπο Αξιολόγησης Ιατρού

Το παραπάνω πρόσωπο ζητά τη γνώμη σας για την ιατρική του καταλληλότητα να συμμετάσχει σε ψυχαγωγικές ή αθλητικές δραστηριότητες αυτόνομης ή ελεύθερης κατάδυσης. Παρακαλούμε Επισκεφτείτε το uhrs.org για ιατρική καθοδήγηση σχετικά με ιατρικές παθήσεις που σχετίζονται με τις καταδύσεις. Εξετάστε τους τομείς που σχετίζονται με τον ασθενή σας ως μέρος της αξιολόγησής σας.

Αποτελέσματα Αξιολόγησης

☐ Εγκρίθηκε -Δεν βρίσκω παθολογικές καταστάσεις που θεωρώ ασυμβίβαστες με δραστηριότητες αναψυχής που σχετίζονται με την αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.

☐ Δεν Εγκρίθηκε -Βρίσκω παθολογικές καταστάσεις που θεωρώ ασυμβίβαστες με δραστηριότητες αναψυχής που σχετίζονται με την αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.

Υπογραφή πιστοποιημένου ιατρού ή άλλου νομίμως πιστοποιημένου ιατρού παρόχου

Ημερομηνία (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤΟΣ)

Όνομα Ιατρού που έκανε την εξέταση

(Ολογράφως)

Κλινικά Πτυχία/Διαπιστευτήρια

Κλινική/Νοσοκομείο

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Email

Σφραγίδα Ιατρού/Κλινικής (προαιρετική)



Δημιουργήθηκε από την Επιτροπή Ιατρικής Αξιολόγησης Δυτών (Diver Medical Screen Committee) σε συνεργασία με τους ακόλουθους φορείς:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego