

Medicinski karton ronioca | Upitnik za polaznika

Rekreativno ronjenje i ronjenje na dah zahtevaju dobro fizičko i psihičko zdravlje. Zdravstvena stanja koja mogu biti opasna tokom ronjenja, navedena su u nastavku. Oni koji imaju, ili su predisponirani za bilo koje od ovih stanja, trebaju procenu lekara. Ovaj zdravstveni upitnik za kandidata ronioca, pruža osnovu za određivanje treba li potražiti tu procenu. Ako imate bilo kakvih nedoumica u vezi s vašom spremnošću za ronjenje, a vaše zdravstveno stanje nije navedeno na ovom obrascu, pre ronjenja posavetujte se sa lekarom. Ako se osećate loše, izbegavajte ronjenje. Ako mislite da imate zaraznu bolest, zaštitite sebe i druge ne učestvujući na kursovima ronjenja i / ili ronjenju. Pod "ronjenjem" u ovom obrascu obuhvaćeno je i rekreativno ronjenje i ronjenje na dah. Ova je forma uglavnom osmišljena kao početna medicinska provera za nove ronioce, ali je takođe prikladna za ronioce koji nastavljaju kontinuirano obrazovanje. Zbog vaše sigurnosti i sigurnosti drugih, koji mogu roniti s vama, iskreno odgovorite na sva pitanja.

Uputstva

Ispunjavanje ovog upitnika obavezno je za pristup kursu ronjenja ili ronjenja na dah.

Napomena za žene: Ako ste trudni ili pokušavate zatrudneti, ne ronite.

1	Imao sam problema s plućima/disanjem, srcem, krvnom slikom koje utiču na moje normalne fizičke i mentalne sposobnosti	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks A	Ne <input type="checkbox"/>
2	Imam preko 45 godina.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks B	Ne <input type="checkbox"/>
3	Imam probleme pri srednje teškom naporu (na primer, hodanje 1.6 kilometara/jednu milju za 14 minuta ili plivanje 200 metara/yardi bez odmora), ILI nisam mogao učestvovati u normalnim fizičkim aktivnostima radi kondicionih ili zdravstvenih razloga unutar zadnjih 12 meseci.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
4	Imao sam problema s očima, ušima, ili nosnim prolazima/sinusuima.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks C	Ne <input type="checkbox"/>
5	Imao sam operaciju unazad 12 meseci, ILI imam probleme vezane za prethodnu operaciju.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
6	Imao sam gubitak svesti, napade migrene, neurološki napad, moždani udar, težu ozledu glave, ili imam trajnu neurološku ozledu ili bolest.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks D	Ne <input type="checkbox"/>
7	Trenutno se lečim (ili sam lečen/a u poslednjih pet godina) zbog psiholoških problema, poremećaja ličnosti, napada panike ili zavisnosti o drogama ili alkoholu; ili su mi dijagnostikovani poremećaji u učenju ili razvoju.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks E	Ne <input type="checkbox"/>
8	Imao sam problema s leđima, kilom, čirevima, ili dijabetesom.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks F	Ne <input type="checkbox"/>
9	Imao sam problema sa želucem ili crevima, uključujući nedavni proliv.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks G	Ne <input type="checkbox"/>
10	Uzimam propisane lekove (s izuzećem tableta za kontracepciju ili lekove protiv malarije osim mefloquina (Lariam).	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

Potpis polaznika

Ako ste odgovorili NE na svih 10 gore navedenih pitanja, zdravstveni pregled nije obavezan. Molimo da pročitate i složite se s dole navedenom izjavom polaznika stavljajući svoj potpis i datum.

Izjava polaznika: Odgovorio sam na sva pitanja tačno, i razumem da prihvatam odgovornost za posledice proizašle iz mog netačnog odgovora ili mog propusta da ukažem na bilo koje postojeće ili prošlo zdravstveno stanje.

Potpis polaznika (ili, za maloletne, obavezan je potpis roditelja/staratelja.)

Datum dd/mm/gggg dd(dd/mm/yyyy)

Ime polaznika (Štampano)

Datum rođenja dd/mm/ggg (dd/mm/yyyy)

Ime instruktora (štampano)

Naziv centra/kluba

* **Ako ste odgovorili DA** na gornja pitanja 3, 5 ili 10 ILI na bilo koje pitanje na stranici 2, molimo pročitate i složite se s gornjom izjavom uz potpis i datum **i odnesite sve tri stranice ove forme (Upitnik polaznika i formu Lekarsko mišljenje) vašem lekaru** radi zdravstvene procene. Učestvovanje u ronilačkom kursu zahteva saglasnost vašeg lekara.

Medicinski karton ronioca | Upitnik za polaznika, nastavak

BOKS A IMAM/IMAO SAM:		
Operaciju na grudima, operaciju srca, operaciju srčanih zalistaka, ugrađen medicinski deo (npr, stent, pacemaker, neurostimulator) ili pneumotoraks kolaps pluća).	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Astmu, teško disanje, teže alergije, visoku temperaturu ili začepljenje disajnih puteva unazad 12 meseci što mi je ograničavalo fizičke aktivnosti/vežbu.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Problem ili bolest koja uključuje srce kao: angina, bolovi u grudima pri naporu, zastoj srca, vlažni edem pluća, srčani napad ili udar, ILI uzimam lekove za bilo koju srčanu bolest.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Učestale bronhitise unazad 12 meseci ili trenutno kašljem, ILI mi je postavljena dijagnoza emfizema.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Simptomi koji utiču na moja pluća, disanje, srce i/ili krv u zadnjih 30 dana koji utiču na moje normalne fizičke i mentalne sposobnosti.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

BOKS B – IMAM PREKO 45 GODINA STAROSTI I:		
Trenutno pušim ili inhaliram nikotin na drugi način.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Imam visoki holesterol.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Imam visoki krvni pritisak.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Imao sam bliskog krvnog srodnika koji je naglo umro od bolesti srca ili udara pre 50 godina starosti, ILI imam u porodici istoriju bolesti srca pre 50 godina starosti (uključujući nenormalni srčani ritam, bolest srčanih arterija ili kardiomiopatiju).	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

BOKS C – IMAM/IMAO SAM:		
Operaciju sinusa unazad 6 meseci.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Bolesti uha ili operaciju uha, gubitak sluha, ili probleme s ravnotežom.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Povratne upale sinusa u zadnjih 12 meseci.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Operaciju oka zadnja 3 meseca.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

BOKS D – IMAM/IMAO SAM:		
Ozledu glave s gubitkom svesti u zadnjih 5 godina.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Trajno neurološko oštećenje ili bolest.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Učestale migrene u zadnjih 12 meseci, ili uzimam lekove za sprečavanje migrene.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Nesvestice ili vrtoglavice (potpuni/delimični gubitak svesti) u zadnjih 5 godina.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Epilepsiju, napade ili konvulzije, ILI uzimam lekove za sprečavanje.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

BOKS E – IMAM/IMAO SAM:		
Probleme u ponašanju, mentalne ili psihološke probleme koji su zahtevali medicinski/psihijatrijski tretman.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Izraženu depresiju, samoubilačke namere, napade panike, nekontrolirani bipolarni poremećaj koji je zahtevao medicinski/psihijatrijski tretman.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Postavljena mi je dijagnoza psihološkog stanja ili poremećaj učenja/razvoja koji zahteva tretman ili poseban smeštaj.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Zavisnost o drogama ili alkoholu koja je zahtevala lečenje unazad 5 godina.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

BOKS F – IMAM/IMAO SAM:		
Učestale probleme s leđima u zadnjih 6 meseci, koji su ograničavali moju svakodnevnu aktivnost.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Operaciju leđa ili kičmene moždine u zadnjih 12 meseci.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Dijabetes, bilo da se kontroliše lekovima ili dijetom, ILI gestacijski dijabetes unutar zadnjih 12 meseci.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Nekorigovanu kilu koja ograničava moje fizičke sposobnosti.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Aktivni ili nelečeni čir, probleme s ranama, operaciju čira unazad 6 meseci.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

BOKS G – IMAO SAM:		
Operaciju stome i nemam dozvolu lekara za plivanje ili učestvovanje u fizičkim aktivnostima.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Dehidraciju koja je zahtevala medicinsko lečenje u zadnjih 7 dana.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Aktivni ili nelečeni čir na želucu ili crevima ili operaciju čira u zadnjih 6 meseci.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Česte žgaravice, regurgitaciju, ili gastroezofagealni refluks (GERB).	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Aktivni ili nekontrolirani ulcerativni kolitis ili Crohnovu bolest.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Operaciju želuca u zadnjih 12 meseci.	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

Medicinski karton ronioca | Obrazac procene lekara

Ime polaznika

Datum rođenja

(Štampano)

Datum (dd/mm/gggg)

Gore navedena osoba treba vaše mišljenje o njenoj/njegovoj zdravstvenoj sposobnosti za učestvovanje na kursu rekreativnog scuba ronjenja ili ronjenja na dah. Molimo posetite stranicu uhms.org, za smernice o tome kako zdravstvena stanja utiču na ronjenje. Pogledajte delove koji su važni za vašeg pacijenta kao deo svoje procene.

Rezultati procene

- Sposoban – Nisam našao stanja koja smatram nespojiva s rekreativnim scuba ronjenjem ili ronjenjem na dah.
- Nije sposoban – Našao sam stanja koja smatram nespojiva s rekreativnim scuba ronjenjem ili ronjenjem na dah.

Potpis ovlašćenog doktora medicine ili drugog ovlašćenog pružaoca zdravstvene usluge

Datum (dd/mm/gggg)

Lekar koji je izvršio pregled

Specijalnost

(Štampano)

Klinika/Bolnica

Adresa

Telefon

Email

Pečat lekara/Klinike (opcija)

Izradio [Diver Medical Screen Committee](#) u saradnji sa sledećim telima:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego