



Perubatan Penyelam | Soal Selidik Peserta

Selam skuba rekreasi dan freediving memerlukan tahap kesihatan fizikal dan mental yang baik. Terdapat beberapa keadaan perubatan yang boleh membahayakan sewaktu menyelam seperti yang disenaraikan di bawah, Seseorang yang mempunyai, atau terdedah kepada mana-mana keadaan berikut perlu diperiksa oleh pakar perubatan. Soal Selidik Perubatan Peserta ini memberikan asas untuk menentukan samada anda perlu mendapatkan pemeriksaan tersebut. Jika anda mempunyai sebarang kebimbangan mengenai tahap kecergasan anda untuk menyelam yang tidak dinyatakan di dalam borang ini, dapatkan nasihat pakar perubatan anda sebelum menyelam. Jika anda tidak sihat, jangan menyelam. Jika anda syak yang anda berkemungkinan menghidap penyakit berjangkit, lindungi diri anda dan orang lain dengan tidak mengambil bahagian di dalam latihan menyelam dan/atau aktiviti menyelam. Rujukan-rujukan kepada "menyelam" di dalam borang ini termasuk kedua-dua selam skuba rekreasi dan freediving. Borang ini pada dasarnya direka sebagai saringan perubatan awal bagi penyelam baru, walau bagaimanapun ianya juga sesuai untuk digunakan oleh penyelam yang mendapatkan pendidikan lanjutan. Bagi keselamatan anda, dan orang lain yang mungkin menyelam dengan anda, jawab semua soalan-soalan secara jujur.

Arahan

Lengkapkan soal selidik ini sebagai prasyarat sebelum memulakan kursus menyelam skuba secara rekreasi atau freediving.

Catatan kepada wanita: Jika anda sedang mengandung, atau sedang berusaha untuk hamil, jangan menyelam

1	Saya pernah menghadapi masalah dengan paru-paru, pernafasan, jantung dan/atau darah saya yang mempengaruhi prestasi fizikal atau mental saya yang normal.	Ya <input type="checkbox"/> Pergi ke kotak A	Tidak <input type="checkbox"/>
2	Saya berumur 45 tahun ke atas.	Ya <input type="checkbox"/> Pergi ke kotak B	Tidak <input type="checkbox"/>
3	Saya susah untuk melakukan senaman sederhana (contohnya, berjalan 1.6 kilometer/1 batu dalam masa 14 minit atau berenang 200 meter/ela tanpa berehat), ATAU Saya tidak dapat menyertai aktiviti fizikal biasa atas sebab-sebab kecergasan atau kesihatan dalam tempoh 12 bulan yang lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
4	Saya mempunyai masalah dengan mata, telinga, atau saluran hidung/sinus.	Ya <input type="checkbox"/> Pergi ke kotak C	Tidak <input type="checkbox"/>
5	Saya telah menjalani pembedahan dalam tempoh 12 bulan yang lalu, ATAU saya mempunyai masalah berterusan berkaitan dengan pembedahan lampau.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
6	Saya telah tidak sedarkan diri, mengalami sakit kepala migrain, sawan, strok, kecederaan kepala yang serius, atau mengalami kecederaan atau penyakit neurologi yang berterusan.	Ya <input type="checkbox"/> Pergi ke kotak D	Tidak <input type="checkbox"/>
7	Saya sedang mendapatkan rawatan (atau memerlukan rawatan dalam tempoh 5 tahun lalu) bagi masalah-masalah psikologi, gangguan personaliti, serangan panik, atau ketagihah kepada dadah atau alkohol; atau, saya telah didiagnosis dengan ketidukupayaan pembelajaran atau perkembangan.	Ya <input type="checkbox"/> Pergi ke kotak E	Tidak <input type="checkbox"/>
8	Saya mempunyai masalah sakit belakang, hernia, ulser, atau diabetes.	Ya <input type="checkbox"/> Pergi ke kotak F	Tidak <input type="checkbox"/>
9	Saya mempunyai masalah perut atau usus, termasuk cirit-birit baru-baru ini.	Ya <input type="checkbox"/> Pergi ke kotak G	Tidak <input type="checkbox"/>
10	Saya sedang mengambil ubat preskripsi (tidak termasuk ubat-ubat kawalan kelahiran atau antimalaria selain dari mefloquine (Lariam)).	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>

Tandatangan Peserta

Jika anda menjawab TIDAK kepada kesemua 10 soalan-soalan di atas, pemeriksaan perubatan tidak diperlukan. Sila baca dan bersetuju dengan pernyataan peserta di bawah dengan menandatangani dan meletakkan tarikh.

Pernyataan Peserta: Saya telah menjawab semua soalan-soalan dengan jujur, dan memahami bahawa saya bersedia menanggung sebarang akibat dari mana-mana soalan yang mungkin saya jawab secara tidak tepat atau dari kegagalan saya untuk mendedahkan sebarang masalah kesihatan yang sedia ada atau yang lampau.

Tandatangan Peserta (atau, jika di bawah umur, ibu bapa/penjaga peserta)

Tarikh (hari/bulan/tahun)

Nama Peserta (Sila Nyatakan)

Tarikh Lahir (hari/bulan/tahun)

Nama Instructor (Sila Nyatakan)

Nama Fasilitas (Sila Nyatakan)

* Jika anda menjawab YA kepada soalan 3, 5 atau 10 di atas ATAU kepada mana-mana soalan di muka surat 2, sila baca dan bersetuju dengan pernyataan di atas dengan menandatangani dan meletakkan tarikh DAN bawa ketiga-tiga muka surat borang ini (Borang Soal Selidik Peserta dan Pemeriksaan Pakar Perubatan) kepada pakar perubatan anda untuk suatu pemeriksaan perubatan. Peserta di dalam kursus menyelam ini memerlukan kelulusan pakar perubatan anda.

Perubatan Penyelam | Perubatan Penyelam | Sambungan Soal Selidik Peserta

KOTAK A – SAYA MEMPUNYAI/PERNAH MENGHIDAPI:		
Pembedahan dada, pembedahan jantung, pembedahan injap jantung, peranti perubatan yang boleh diimplan (contohnya stent, perentak jantung (pacemaker), neurostimulator), paru-paru runtuh (pneumothorax), dan/atau penyakit paru-paru yang kronik.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Asma, sempit, alahan yang teruk, demam hay atau saluran pernafasan tersumbat dalam tempoh 12 bulan yang lalu yang mengehadkan aktiviti fizikal/senaman saya.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Masalah atau penyakit yang melibatkan jantung saya seperti: angina, sakit dada apabila bersenam, kegagalan jantung, pulmonari edema rendaman, serangan jantung atau strok, ATAU sedang mengambil ubat bagi sebarang penyakit jantung.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Bronkitis yang berulang dan sedang batuk dalam tempoh 12 bulan yang lalu, ATAU telah didiagnosis dengan emfisema.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Simptom-simptom yang mempengaruhi paru-paru, pernafasan, jantung dan/atau dalam dalam tempoh 30 hari yang lalu yang menjejaskan prestasi fizikal atau mental saya.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
KOTAK B – SAYA BERUMUR 45 KE ATAS DAN:		
Saya adalah perokok atau menghisap nikotin dengan cara lain.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Saya mempunyai tahap kolesterol yang tinggi.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Saya mempunyai tekanan darah tinggi.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Saya mempunyai saudara dekat (pertalian darah) yang meninggal secara mengejut atau akibat daripada penyakit jantung atau strok sebelum berumur 50, ATAU mempunyai sejarah keluarga yang berpenyakit jantung sebelum umur 50 (termasuk irama jantung yang tidak normal, penyakit arteri koronari atau kardiomiopati).	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
KOTAK C – SAYA MEMPUNYAI/PERNAH MENGHIDAPI:		
Pembedahan sinus dalam tempoh 6 bulan yang lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Penyakit telinga atau pembedahan telinga, kehilangan pendengaran, atau masalah kesimbangan.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Sinusitis yang berulang dalam tempoh 12 bulan yang lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Pembedahan mata dalam tempoh 3 bulan yang lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
KOTAK E – SAYA MEMPUNYAI/PERNAH MENGHIDAPI:		
Kecederaan kepala dengan kehilangan kesedaran dalam tempoh 5 tahun lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Kecederaan atau penyakit neurologi yang berterusan.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Sakit kepala migrain yang berulang dalam tempoh 12 bulan lalu, atau mengambil ubat untuk mencegahnya.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Pitam atau pengsan (hilang kesedaran sepenuhnya/separa) dalam tempoh 5 tahun lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Epilepsi, sawan, or kekejangan, ATAU mengambil ubat untuk mencegahnya.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
BOX E – I HAVE/HAVE HAD:		
Masalah kesihatan tingkah laku, mental atau psikologi yang memerlukan rawatan perubatan/psikiatri.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Kemurungan major, mempunyai idea untuk membunuh diri, serangan panik, gangguan bipolar yang tidak terkawal yang memerlukan rawatan perubatan/psikiatri.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Telah didiagnosis dengan penyakit kesihatan mental atau gangguan pembelajaran/perkembangan yang memerlukan penjagaan berterusan atau penginapan khas.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Ketagihan pada dadah atau alkohol yang memerlukan rawatan dalam tempoh 5 tahun lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
KOTAK F – SAYA MEMPUNYAI/PERNAH MENGHIDAPI:		
Sakit belakang yang berulang dalam tempoh 6 bulan lalu yang mengehadkan aktiviti harian saya.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Pembedahan belakang atau tulang belakang dalam tempoh 12 bulan lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Diabetes, samada dikawal oleh ubat atau pemakanan, ATAU diabetes semasa hamil dalam tempoh 12 bulan lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Hernia yang tidak diperbetulkan yang mengehadkan keupayaan fizikal saya.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Ulser yang aktif atau tidak dirawat, luka yang bermasalah, atau pembedahan ulser dalam tempoh 6 bulan lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
KOTAK G – SAYA PERNAH MENGHIDAPI:		
Pembedahan ostomi dan tidak mendapat kebenaran perubatan untuk berenang ataupun melakukan aktiviti fizikal.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Dehidrasi yang memerlukan bantuan perubatan dalam tempoh 7 hari lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Ulser perut atau usus yang aktif atau tidak dirawat atau pembedahan ulser dalam tempoh 6 bulan lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Pedih ulu hati yang kerap berlaku, regurgitasi, atau penyakit reflux gastroesophageal (GERD).	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Kolitis ulseratif yang aktif atau tidak terkawal atau penyakit Crohn.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>
Pembedahan bariatrik dalam tempoh 12 bulan lalu.	Ya <input type="checkbox"/> *	Tidak <input type="checkbox"/>

Perubatan Penyelam | Borang Penilaian Pemeriksaan Perubatan

Nama Peserta

Tarikh Lahir

(Sila Nyatakan)

Tarikh (hari/bulan/tahun)

Individual yang dinamakan di atas memohon pendapat anda berkenaan kesesuaian dari segi perubatan untuk mengambil bahagian dalam selam skuba rekreasi atau latihan atau aktiviti freediving. Sila layari uhms.org Individual yang dinamakan di atas memohon pendapat anda berkenaan kesesuaian dari segi perubatan untuk mengambil bahagian dalam selam skuba rekreasi atau latihan atau aktiviti freediving. Sila layari uhms.org bagi panduan perubatan tentang keadaan perubatan yang berkaitan dengan selaman. Semak bahagian yang berkaitan dengan pesakit anda sebagai sebahagian daripada penilaian anda.

Keputusan Penilaian

- Diluluskan – Saya mendapati tiada keadaan yang saya anggap tidak serasi dengan selam skuba rekreasi atau freediving.
- Tidak diluluskan – Saya mendapati terdapat keadaan yang saya anggap tidak serasi dengan selam skuba rekreasi atau freediving.

Tandatangan doktor perubatan yang bertauliah atau pakar perubatan lain yang bertauliah

Tarikh (hari/bulan/tahun)

Nama Pemeriksa Perubatan

(Sila Nyatakan)

Ijazah Klinikal/Kredensial

Klinik/Hospital

Alamat

Telefon

E-mel

Cop Pakar Perubatan/Klinik (jika ada)

Direka oleh [Diver Medical Screen Committee](#) dengan kerjasama badan-badan berikut:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego