

# תיעוד הצהרה רפואית של המשתתף (מידע חסוי)



UNDERSEA &  
HYPERBARIC  
MEDICAL SOCIETY

**אנא קרא בעיון לפני החתימה.** (הטופס כתוב בלשון זכר אך מתייחס לשני המינים כאחד)

מערכות הנשימה ומחזור הדם שלך צריכות להיות במצב בריאותי תקין. כל חללי האוויר בגוף שלך צריכים להיות במצב נורמאלי ובריא. אדם עם מחלה בעורקים, עם צינון או גודש כרגע, אפילפטי, עם בעיה בריאותית קשה או שנמצא תחת השפעה של אלכוהול או סמים אינו אמור לצלול. אם יש לך אסטמה, מחלת לב, מצב רפואי כרוני אחר או שאתה לוקח תרופות על בסיס קבוע כדאי שתתייעץ עם הרופא שלך ועם המדריך שלך לפני שתשתתף בתוכנית זו ולאחר מכן על בסיס קבוע לאחר השלמת תוכנית זו. כמו כן אתה תלמד מהמדריך כללי בטיחות חשובים לגבי נשימה והשוואת לחצים בזמן צלילת סקובה. שימוש לא נכון בציוד סקובה עלול לגרום לפציעה חמורה. אתה חייב להיות מודרך ביסודיות בשימוש תחת פיקוח ישיר של מדריך מוסמך כדי להשתמש בו בבטחה. אם יש לך שאלות נוספות בקשר להצהרה הרפואית או סעיף בשאלון הרפואי, עבור עליהם עם המדריך שלך לפני החתימה.

בהצהרה זו אתה תיוודע למספר סיכונים אפשריים אשר כרוכים בצלילת סקובה ולגבי ההתנהגות הנדרשת ממך במהלך תכנית אימון הצלילה. חתימתך על הצהרה זו נדרשת כדי להשתתף בתוכנית אימון הצלילה. בנוסף, במידה ומצבך הרפואי משתנה בכל זמן נתון במהלך תכנית הצלילה, חשוב שתיידע את המדריך שלך מיידית. קרא את הצהרה זו לפני שאתה חותם עליה. אתה חייב להשלים את ההצהרה הרפואית הזאת, אשר כוללת חלק של שאלון רפואי כדי להשתתף בתוכנית אימון הצלילה. אם הנך קטין, עליך להחתים הורה או אפוטרופוס על הצהרה זו. צלילה הינה פעילות מרגשת ותובענית. כאשר היא מבוצעת נכון, עם טכניקות נכונות, היא פעילות בטוחה יחסית, אך כאשר לא מצייתים לנהלי בטיחות מבוססים, קיימים מספר סיכונים. כדי לצלול עם ציוד סקובה בבטחה, עליך שלא להיות בעל משקל יתר או שלא בכוסר. צלילה עלולה להיות מאומצת תחת תנאים מסוימים.

## שאלון רפואי לצוללים

### למשתתף:

המטרה של שאלון רפואי זה היא לברר האם עליך להיבדק על ידי הרופא שלך לפני שתשתתף באימון צלילה ספורטיבית. תשובה חיובית לשאלה אינה בהכרח פוסלת אותך מצלילה. תשובה חיובית אומרת שיש מצב הקיים מראש שעלול להשפיע על בטיחותך בעת צלילה ואתה חייב להתייעץ עם הרופא שלך לפני שאתה עוסק בפעילויות צלילה.

אנא ענה על השאלות הבאות לגבי מצבך הרפואי בעבר או בהווה עם **כן** או **לא**. אם אתה לא בטוח, ענה **כן**. אם אחד מסעיפים אלו חל עליך, אנחנו חייבים לבקש ממך להתייעץ עם רופא לפני ההשתתפות בצלילת סקובה. המדריך שלך יספק לך הצהרה רפואית של RSTC והנחיות לבדיקה גופנית של צולל ספורטיבי כדי שתיקח לרופא שלך.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| _____ האם את עלולה להיות בהריון או האם את מנסה להרות?                       | _____ סוג כלשהו של מחלת ריאות?                                       | _____ קריסת ריאה (פניאומטורקס)?   |
| _____ האם אתה אישית לוקח תרופות במרשם (למעט גלולות נגד הריון או נגד מלריה)? | _____ מחלות ריאות או ניתוחי בית חזה?                                 | _____ מעלות התנהגות נפשית או בעיות פסיכולוגיות (התקפי פניקה, פחד ממקומות סגורים-קלסטרופוביה או פתוחים-אגורפוביה)?         |
| _____ האם אתה מעל גיל 45 ויכול לענות <b>כן</b> לאחד או יותר מהבאים?         | _____ בעיות גב חוזרות?   | _____ אפילפסיה, פרכוסים, עוויתות או לוקח תרופות כדי למנוע אותם?   |
| <input type="checkbox"/> מעשן מקטרת, סיגרים או סיגריות                      | _____ ניתוח בגב או בעמוד השדרה?                                      | _____ כאבי ראש מסובכים חוזרים ממיגרנות, או הנך לוקח תרופות כדי למנוע אותם?  |
| <input type="checkbox"/> תחת טיפול רפואי כרגע                               | _____ סוכרת?   | _____ התעלפויות או אובדן הכרה חלקי/מלא?   |
| <input type="checkbox"/> סובל מרמת כולסטרול גבוהה                           | _____ בעיה בגב, יד או רגל בעקבות ניתוח, פציעה או שבר?                | _____ סובל לעיתים תכופות ממחלת תנועה (מחלת ים, בחילה בנסיעה, הקאה וכדומה)?  |
| <input type="checkbox"/> לחץ דם גבוה  | _____ לחץ דם גבוה או לוקח/ת תרופות לשליטה בלחץ הדם?                  | _____ דיזנטריה או התייבשות עם התערבות של תרופות?  |
| <input type="checkbox"/> במשפחתך ישנה היסטוריה של התקפי לב או שבץ מוחי      | _____ מחלת לב?   | _____ האם עברת תאונת צלילה או מחלת דקומפרסיה?   |
| <input type="checkbox"/> סוכרת גם אם נשלטת על ידי תזונה בלבד                | _____ אנגינה, ניתוח לב או ניתוח בכלי הדם?                            | _____ חוסר יכולת בביצוע מאמץ גופני מתון (לדוגמה הליכה של 1.6 ק"מ ב-16 דקות) פגיעת ראש עם אובדן הכרה בחמשת השנים האחרונות? |
| <b>האם היה לך בעבר או יש לך כעת...</b>                                      | _____ ניתוח בסינוסים?  |   |
| _____ אסטמה או צפצופים בנשימה או צפצופים במאמץ?                             | _____ מחלה באוזניים או ניתוח, אובדן שמיעה או בעיות שיווי משקל?       |   |
| _____ התקפים תכופים או קשים של אלרגיות או קדחת השחת?                        | _____ בעיות אוזניים חוזרות?  |   |
| _____ הצטננות, סינוסיטיס או ברונוכיטיס לעתים תכופות?                        | _____ דימומים או הפרעות דם אחרות? בקע (קילה)?                        |   |
|   | _____ אולקוס או ניתוח אולקוס?  |   |
|   | _____ ניתוח במעי הגס (קולוסטומיה) או בפיום המעי העקום (אילאוסטומיה)? |   |
|   | _____ שימוש או טיפול עבור סמים או אלכוהול/זם בחמש השנים האחרונות?    |   |

המידע שסיפקתי על ההיסטוריה הרפואית שלי הינו מדויק למיטב ידיעתי. אני מאשר שזוהי האחריות שלי להודיע למדריך שלי על כל שינוי לגבי ההיסטוריה הרפואית שלי בכל זמן נתון במהלך השתתפותי בתוכנית הצלילה. אני מסכים לקחת אחריות למחדל בנוגע להסתרת כל מידע לגבי מצב בריאותי קיים, ישן או כל שינוי נוסף.

תאריך (שנה/חודש/יום)

חתימת המשתתף

תאריך (שנה/חודש/יום)

חתימת הורה או אפוטרופוס (במידת הצורך)