

הצהרה רפואית

תיק מעקב - מידע חסוי

נא לקרוא בעיון לפני החתימה.

על מנת לצלול בביטחה אסור עליך להיות כבד משקל בצורה קיצונית או ללא כושר גופני מינימלי. צלילה יכולה להיות מאומצת בתנאים מסוימים. על מערכת הלב-ראה שלך להיות במצב בריאות תקין. על כל חללי האוויר בגוף להיות נורמליים ובריאים. אנשים עם מחלת לב, הצטננות או נזלת, אפילפסיה, אסטמה, בעיה רפואית חמורה, או תחת השפעת אלכוהול או סמים אינם צריכים לצלול. אם אתה משתמש בתרופה, התייעץ עם רופא ועם מדריך צלילה לפני שתשתף בקורס זה. בנוסף תצטרך ללמוד מהמדריך את כללי הבטיחות החשובים לגבי נשימה והשוואת לחצים בעת צלילה. שימוש לא נכון בציוד צלילה עלול לגרום לפגיעה חמורה. כדי שתוכל להשתמש בציוד בבטיחות, עליך להיות מודרך בביטחון בשימוש בציוד על ידי מדריך מוסמך. אם ישנן שאלות נוספות בנוגע להצהרה הרפואית או לגבי פרק ההסטוריה הרפואית, עבור עליהם עם מדריך הצלילה שלך לפני שתחתום.

בהצהרה זו נמסר לך מידע על מספר סיכונים פוטנציאליים בצלילת מכלים ועל ההתנהגות הנדרשת ממך במשך קורס הצלילה. חתימתך על הצהרה זו דרושה על מנת לאפשר את השתתפותך בקורס הצלילה
הנערך במועדון: _____
המדריך: _____
כתובת המועדון: _____

קרא את ההצהרה ושוחח עליה עם המדריך לפני החתימה. חובה להשלים הצהרה רפואית זו, הכוללת את הצהרת ההיסטוריה הרפואית, על מנת להתקבל לקורס הצלילה. אם הנך קטין, עליך להחתיים את אחד ההורים על ההצהרה. צלילה היא פעילות מלהיבה ותובענית. הפעילות בטוחה מאד כאשר היא מבוצעת נכון תוך שימוש בטכניקות נכונות. אך כאשר אין ממלאים אחר נהלי הבטיחות שנקבעו ישנן סכנות.

עבר רפואי

למעשה תהיך: מטרת שאלון זה היא לברר אם יש צורך בבדיקתך על ידי רופא לפני השתתפותך בקורס צלילה. תשובה חיובית לשאלה אינה פוסלת אותך באופן אוטומטי מצלילה. תשובה חיובית פירושה שיש מצב קיים מראש העלול להשפיע על בטיחותך בעת הצלילה וכי עליך להתייעץ עם רופא. נא לענות על השאלות הבאות הנוגעות לעברך הרפואי ב'כן' או 'לא'. אם אינך בטוח, ענה ב'כן'. אם סעיף כלשהו מתאים לך, עלינו לבקש שתבדק על ידי רופא לפני שתשתף בקורס הצלילה. מדריך הצלילה שלך יספק לך הצהרה רפואית והנחיות לבדיקה רפואית לצולל חובב אותן תיקח לרופא.

- | | | |
|--|--|--|
| <p>_____ עבר של שימוש מופרז
_____ באלכוהול או סמים?
_____ דלקת קרום המוח, מחלת מוח,
_____ זעזוע מוח, חבלת ראש, ניתוחי ראש,
_____ מיגרנה
_____ שיעול כרוני
_____ קוצר ראייה מעל 4 דיופטריות
(אסור לצלול עם עדשות מגע קשות)
_____ מחלת עיניים/ עבר של ניתוחי עיניים.
_____ קוצר נשימה במאמץ
_____ כאב חזה במאמץ
_____ חוסר דם/ מחלת דם כרונית
_____ מחלת כליות/ דרכי השתן/ זיהומים
_____ חוזרים בדרכי השתן אבנים חו"ל בכליות.
_____ כאבי בטן חוזרים/ מחלה כרונית
_____ של המעינים/ כיב.
_____ דימום ממערכת העיכול.
_____ צרבת כרונית/ מחלה של הושט
_____ ניתוחי בטן/ מעיים
_____ מחלות פרקים/ עצמות/ שרירים
_____ או עצבים/ חולשת שרירים/ גפיים
_____ עודף משקל מעל 25 ק"ג (משקל
_____ רצוי = גובה בסי"מ - 100)
_____ סוכרת מטופלת בכדורים/ זריקות
_____ הפרעה בבלוטות המטופלת בקביעות, האם יש
_____ לך שיניים תותבות?</p> | <p>_____ עבר של איבודי הכרה או
_____ התעלפויות (אבדן הכרה חלקי/מלא)?
_____ האם אתה סובל לעתים קרובות
_____ ממחלת ים (באניה, ברכב, וכיו')?
_____ עבר של תאונות צלילה או
_____ מחלות הפחתת לחץ (דיקומפרסיה)?
_____ עבר של בעיות גב נישנות?
_____ עבר של ניתוח גב?
_____ עבר של סכרת?
_____ עבר של בעיות גב, זרוע או רגל
_____ לאחר ניתוח, פגיעה או שבר?
_____ חוסר יכולת לבצע פעילות גופנית
_____ מתונה (ללכת ק"מ אחד ב- 8 דקות)?
_____ עבר של לחץ דם גבוה או
_____ לוקח תרופות לשליטה בלחץ הדם?
_____ עבר של מחלת לב כלשהי?
_____ עבר של התקפי לב?
_____ ניתוחי לב? הפרעות בקצב הלב?
_____ אנגינה פקטוריס או ניתוח כלי דם כליליים?
_____ עבר של ניתוחי אוזניים או סינוסים?
_____ קרע בעור התוף?
_____ עבר של מחלות אוזניים, אבדן
_____ שמיעה או בעיות שווי משקל?
_____ עבר של בעיות השוואת לחצי אוזניים (פימפום)
_____ בנטיעה במטוס או בהרים?
_____ עבר של דימום או ליקויי דם אחרים.
_____ עבר כלשהי של בקע (הרניה)?
_____ עבר של אולקוס או ניתוח אולקוס?
_____ עבר של קולוסטמיה?</p> | <p>_____ האם הנך בהריון או יש לך חשד להריון?
_____ האם הנך משתמש בתרופות עם או ללא מרשם
_____ (למעט גלולות למניעת הריון)?
_____ האם הנך מעל גיל 45 ויש לך אחד
_____ מהמפורטים מטה:
* מעשן כיום מקטרת,
* סיגר או סיגריות?
* רמת כולסטרול גבוהה?
* עבר משפחתית של התקפי
_____ לב או שבץ?</p> |
|--|--|--|

האם היה לך או יש לך כיום...

- _____ אסטמה/ ציפצוף בנשימה/ ציפצוף
_____ בעת פעילות גופנית?
_____ התקפי אלרגיה או קדחת השתן
_____ לעתים קרובות או בצורה חמורה?
_____ הצטננויות, סינוסיטיס או ברוניכטיס
_____ לעתים קרובות?
_____ צורה כלשהי של מחלת ריאות?
_____ דלקת ריאות (התמוטטות
_____ ריאה)?/ שחפת?
_____ עבר של ניתוח בית חזה.
_____ חבלה או פגיעה בצלעות/חזה אויר
_____ קלאסטרופוביה או אגורהפוביה
_____ (פחד ממקומות סגורים או פתוחים)?
_____ בעיות בריאות התנהגותיות?
_____ אפילפסיה, עוויתות או
_____ לוקח תרופות למניעתם?

למיטב ידיעתך, המידע אותו מסרת על עברי הרפואי מדויק.

חתימה _____ תאריך _____

חתימת הורים או אפוטרופוסים * (לפי הצורך) _____ תאריך _____
*(למועמד מתחת לגיל 18)