שם המשתתף | **תאריך לידה (DD/MM/YY)**

(מודפס) | (DD/MM/YY) תאריך

מידע רפואי לצולל/ת | שאלון למשתתף/ת

צלילת מכשירים וצלילה חופשית דורשות בריאות גופנית ונפשית טובה. ישנם מצבים רפואיים אשר עלולים להוות סכנה בצלילה ברשימה המפורטת כדלהלן. מועמדים שיש להם או מועמדים בעלי נטייה לכל אחד מהתנאים הללו, צריכים להיבדק על ידי רופא. שאלון רפואי לצולל מספק בסיס לקביעת הצורך להערכה רפואית. אם יש לכם חששות לגבי כשירות הצלילה שלכם ואין זה מיוצג על גבי טופס זה, חובתכם להתייעץ עם רופא צלילה לפני תחילת הפעילות. אם אתם חולים, נבקשכם להימנע מצלילה. אם אתם חושבים שיש לכם מחלה מדבקת, הגנו על עצמכם ועל אחרים על ידי אי השתתפות באימוני צלילה ו/או פעילויות צלילה. המילה "צלילה" בטופס זה כוללת צלילת מיכלים וצלילה חופשית. טופס זה מהווה בעיקרון סקירה ראשונית לצוללים חדשים, ומתאים גם למועמדים לקורסי המשך. למען ביטחונכם וביטחון מועמדים אחרים שיצללו איתכם, נבקשכם לענות בכנות על כל השאלות.

שאלות

השלימו את שאלון זה כתנאי מוקדם להשתתפות בפעילות צלילת מכשירים וצלילה חופשית.

הערה לנשים: אם הינך בהריון, או מנסה להיכנס להריון, נא הימנעי מצלילה.

1	היו לי בעיות בראות, נשימה, לב ו/או דם שהשפיעו על הביצועים הגופניים או הנפשיים הרגילים שלי.	☐ כן א הביתב ילתן רשמהל תנפל אנ	☐ לא
2	אני מעל גיל 45.	☐ כן נא לפנות להמשך מילוי בתיבה ב	☐ לא
3	אני מתקשה לבצע פעילות גופנית מתונה (למשל, ללכת 1.6 קילומטר ב 14 דקות או לשחות 200 מטרים בלי מנוחה), או שלא הצלחתי להשתתף בפעילות גופנית רגילה בשל סיבות כושר או בריאות ב 12 חודשים האחרונים.	☐ כן*	☐ לא
4	היו לי בעיות עם העיניים, האוזניים שלי, או מעברי אף / הסינוסים.	☐ כן נא לפנות להמשך מילוי בתיבה ג	☐ לא
5	עברתי ניתוח במהלך 12 החודשים האחרונים, או שאני סובל מבעיות כתוצאה מניתוח בעבר.	☐ כן*	☐ לא
6	אבדתי את הכרה, סבלתי ממיגרנות וכאבי ראש, פרכוסים, שבץ, פגיעת ראש משמעותית, או סובל מפציעה או מחלה נוירולוגית מתמדת.	☐ כן נא לפנות להמשך מילוי בתיבה ד	☐ לא
7	אני נמצא כעת בטיפול (או נזקקתי לטיפול בחמש השנים האחרונות) בבעיות פסיכולוגיות, הפרעת אישיות, התקפי פאניקה או התמכרות לסמים או לאלכוהול; או, אובחנתי עם לקות למידה או התפתחות.	☐ כן נא לפנות להמשך מילוי בתיבה ה	☐ לא
8	היו לי בעיות גב, בקע, כיבים, או סוכרת.	☐ כן נא לפנות להמשך מילוי בתיבה ו	☐ לא
9	היו לי בעיות בבטן או בעיות במעי, כולל שלשולים לאחרונה.	☐ כן נא לפנות להמשך מילוי בתיבה ז	☐ לא
10	אני נוטל/ת תרופות מרשם (למעט אמצעי מניעה או תרופות נגד מלריה מלבד מפלוקין (לריאם).	☐ כן*	☐ לא

חתימת המשתתף

אם ענית לא על כל 10 השאלות לעיל, אין צורך בהערכה רפואית. אנא קרא/י והסכם/מי להצהרת המשתתף/ת שלהלן על ידי חתימה ותאריך עליה.

הצהרת משתתף/ת: עניתי על כל השאלות בכנות, ואני מבין שאני מקבל/ת, אחריות לכל התוצאות הנובעות מכל שאלה שעשיתי עליהן באופן לא מדויק או בגלל אי גילוי מצבי בריאות קיימים או בעבר.

חתימת משתתף/ת (או, אם קטין/נה, נדרשת חתימת הורה/אפוטרופוס של המשתתף/ת).

תאריך (DD/MM/YY)

שם משתתף/ת (מודפס)

תאריך לידה (DD/MM/YY)

שם המדריך (מודפס)

שם מרכז ההדרכה (מודפס)

* אם ענית על כן לשאלות לכל אחת מהשאלות, אנא קרא/י והסכים/מי להצהרה שלמעלה על ידי חתימה ורישום התאריך וקח/י את כל שלושת העמודים בטופס זה (שאלון המשתתף והרופא טופס הערכה) לרופא שלך לצורך הערכה רפואית. השתתפות בקורס צלילה מחייבת את אישור הרופא שלך.

שם המשתתף **תאריך לידה (DD/MM/YY)**

(מודפס) תאריך (DD/MM/YY)

מידע רפואי לצולל/ת | המשך משתתף שאלון

תיבה א - יש לי/היה לי:		
ניתוחי חזה, ניתוחי לב, ניתוחי מסתמי לב, מכשיר רפואי מושתל (למשל סטנט, קוצב לב, נוירוסטימולטור), פנאומוטורקס ו/או מחלת ריאות כרונית.	☐ כן*	☐ לא
אסטמה, צפצופים, אלרגיות קשות, קדחת השחת או דרכי נשימה צפופות במהלך 12 החודשים האחרונים המגבילים את הפעילות הגופנית / הפעילות הגופנית שלי.	☐ כן*	☐ לא
בעיה או מחלה הקשורה לליבי כגון: תעוקת חזה, כאבים בחזה במאמץ, אי ספיקת לב, בצקת ריאות טבילה, התקף לב או שבץ מוחי, או נטילת תרופות לכל מצב לב.	☐ כן*	☐ לא
ברונכיטיס חוזרת ונשנית כיום בשיעול במהלך 12 החודשים האחרונים, או אבחון כחולה אמפיזמה.	☐ כן*	☐ לא
תסמינים המשפיעים על הריאות, הנשימה, הלב ו/או הדם שלי ב-30 הימים האחרונים ופוגעים בביצועי הגופניים או הנפשיים שלי.	☐ כן*	☐ לא

תיבה ב - אני מעל גיל 45 ו:		
כרגע אני מעשן/נת או שואף/פת ניקוטין באמצעים אחרים.	☐ כן*	☐ לא
יש לי רמת כולסטרול גבוהה.	☐ כן*	☐ לא
יֵשׁ לִי לַחַץ דָּם גָּבוֹהַ.	☐ כן*	☐ לא
יש לי קרוב משפחה מדרגה ראשונה שמת בפתאומיות או ממחלת לב או שבץ מוחי לפני גיל 50, או שיש לי היסטוריה משפחתית של מחלות לב לפני גיל 50 (כולל מקצבי לב לא תקינים, מחלת עורקים כליליים או קרדיומיופתיה).	☐ כן*	☐ לא

תיבה ג – יש לי/היה לי:		
ניתוח סינוסים ב 6 החודשים האחרונים.	☐ כן*	☐ לא
מחלת אוזן או ניתוח אוזניים, אובדן שמיעה, או בעיות של שיווי משקל.	☐ כן*	☐ לא
סינוסיטיס חוזר ב 12 החודשים האחרונים.	☐ כן*	☐ לא
ניתוח בעין ב3 החודשים האחרונים.	☐ כן*	☐ לא

תיבה ד – יש לי/היה לי:		
פציעת ראש עם איבוד הכרה ב5 השנים האחרונות.	☐ כן*	☐ לא
פגיעה או מחלה נוירולוגית מתמשכת.	☐ כן*	☐ לא
כאבי ראש חוזרים של מיגרנה במהלך 12 החודשים האחרונים, או ליטול תרופות למניעתן.	☐ כן*	☐ לא
התקלויות או התעלפות (אובדן הכרה מלא / חלקי) בחמש השנים האחרונות.	☐ כן*	☐ לא
אפילפסיה, התקפים או פרכוסים, או ליטול תרופות למניעתן.	☐ כן*	☐ לא

תיבה ה - יש לי / היה לי:		
בריאות התנהגותית, בעיות נפשיות או פסיכולוגיות המצריכות טיפול רפואי / פסיכיאטרי.	☐ כן*	☐ לא
דיכאון גדול, מחשבות אובדניות, התקפי פאניקה, הפרעה דו קוטבית בלתי מבוקרת הדורשת טיפול תרופתי / טיפול פסיכיאטרי.	☐ כן*	☐ לא
אובחנתי עם מצב נפשי או הפרעת למידה/התפתחות הדורשת טיפול מתמשך או התאמות מיוחדות.	☐ כן*	☐ לא
התמכרות לסמים או לאלכוהול הדורשים טיפול בחמש השנים האחרונות.	☐ כן*	☐ לא

תיבה ו - יש לי/היה לי:		
בעיות גב חוזרות בששת החודשים האחרונים המגבילות את הפעילות היומיומית שלי.	☐ כן*	☐ לא
ניתוח גב או עמוד שדרה במהלך 12 החודשים האחרונים.	☐ כן*	☐ לא
סוכרת, מבוקרת באמצעות תרופות או דיאטה, או סוכרת הריון במהלך 12 החודשים האחרונים.	☐ כן*	☐ לא
בקע לא מתוקן המגביל את יכולותיי הגופניות.	☐ כן*	☐ לא
כיבים פעילים או לא מטופלים, פצעים בעייתיים או ניתוח כיב במהלך 6 החודשים האחרונים.	☐ כן*	☐ לא

תיבה ז - יש לי/היה לי:		
ניתוח באסטומיה ואין אישור רפואי לשחייה או לעסוק בפעילות גופנית.	☐ כן*	☐ לא
התייבשות הדורשת התערבות רפואית בשבעת הימים האחרונים.	☐ כן*	☐ לא
כיבים פעילים או לא מטופלים בקיבה או במעי או ניתוח כיב במהלך 6 החודשים האחרונים.	☐ כן*	☐ לא
צרבת תכופה, התחדשות או מחלת ריפלוקס במערכת העיכול (GERD).	☐ כן*	☐ לא
קוליטיס כיבית פעילה או בלתי מבוקרת או מחלת קרוהן.	☐ כן*	☐ לא
ניתוח בריאטרי במהלך 12 החודשים האחרונים.	☐ כן*	☐ לא

*נדרשת הערכה רפואית של רופא (ראה עמוד 1). 2 מתוך 3 © 2020

שם המשתתף **תאריך לידה (DD/MM/YY)**

(מודפס) תאריך (DD/MM/YY)

מידע רפואי לצולל/ת | טופס הערכה של רופא צלילה

האדם הנ"ל מבקש את דעתך לגבי התאמתו הרפואית להשתתף בפעילות צלילת מכשירים או צלילה חופשית. אנא בקר ב-uhms.org לקבלת הדרכה רפואית על מצבים רפואיים הקשורים לצלילה. יש לסקור את התחומים הרלוונטיים למטופל שלך כחלק מההערכה שלך.

תוצאה הערכה

☐ מאושר - אני לא מוצא תנאים שלדעתי אינם תואמים לצלילת מכשירים או לצלילה חופשית.

☐ לא אושר - אני מוצא תנאים שלדעתי אינם תואמים לצלילה או לצלילה חופשית.

חתימה של רופא צלילה תאריך (DD/MM/YY)

שם רופא הצלילה

(מודפס)

תארים/אישורים קליניים

מרפאה/בית חולים

כתובת

טלפון/דואר אלקטרוני

חותמת רופא/מרפאה (אופציונלי)

הוקמה על ידי הוועדה לסקר רפואי צולל בשיתוף עם הגופים הבאים:

האגודה הרפואית התת ימי והיפרברי

ד.א.ן. (ארה"ב)

DAN אירופה

אגף רפואה היפרברית, אוניברסיטת קליפורניה, סן דייגו