



Sukeltajan terveys selvitys | Osallistujan kysely

Laitesukeltaminen ja vapaasukellus edellyttävät hyvää fyysistä ja psyykkistä terveyttä. On olemassa joitakin sairauksia, jotka voivat olla vaarallisia sukeltaessa. Niitä on lueteltu alla. Henkilöillä, joilla on joitakin alla olevista ongelmista tai alttiutta niille, tulee hakeutua lääkärin arvioitavaksi. Tämä Sukeltajan terveys selvityslomake auttaa arvioimaan tarvitsetko lääkärin tekemää arvioita. Jos sinulla on epäilyä sukelluskelpoisuudestasi, vaikka ongelmaa ei olisikaan mainittu tässä, niin hakeudu lääkäriin ennen sukeltamisen aloittamista. Mikäli koet itsesi sairaaksi, älä sukella. Jos epäilet itselläsi tarttuvaa tautia, niin suojaat itseäsi ja muita, kun et osallistu sukellustoimintaan tai -koulutukseen. Sanalla "sukeltaminen" viitataan tässä dokumentissa sekä laitesukeltamiseen että vapaasukeltamiseen. Tämä kysely on suunniteltu ensisijaisesti uusien sukeltajien arvioimiseen, mutta sitä voidaan käyttää myös sukelluksen jatkokoulutuksissa. Oman ja muiden sukeltajien turvallisuuden vuoksi vastaathan kaikkiin kysymyksiin rehellisesti.

Ohjeet

Täytä tämä lomake ennen laitesukellus- tai vapaasukelluskurssia.

Huomioitavaa naisille: Jos olet raskaana tai yrität tulla raskaaksi, älä sukella.

1	Minulla on ollut ongelmia keuhkoissa, hengittäessä, sydämessä tai veressä, jotka vaikuttavat normaaliin fyysiseen tai henkiseen toimintakykyyni.	Kyllä ☐ Siirry kohtaan A	Ei ☐
2	Olen yli 45-vuotias.	Kyllä ☐ Siirry kohtaan B	Ei ☐
3	Minulla on vaikeuksia selviytyä kohtalaisesta rasituksesta (esimerkiksi kävellä 1.6 km 14 minuutissa tai uida 200 metriä lepäämättä) TAI en ole pystynyt osallistumaan tavallisiin fyysisiin aktiviteetteihin kuntoni tai sairauteni vuoksi viimeisen 12 kuukauden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
4	Minulla on ongelmia silmissäni, korvissani, nenä- tai poskionteloiissani.	Kyllä ☐ Siirry kohtaan C	Ei ☐
5	Olen ollut leikkauksessa viimeisen 12 kuukauden aikana TAI minulla on vielä ongelmia liittyen aikaisempaan leikkaukseen.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
6	Minulla on ollut tajunnan menetys, migreenipäänsärkyä, kouristuskohaus, aivoverenkierronhäiriö, merkittävä pään vamma tai kärsin jatkuvasta neurologisesta (hermostollisesta) vammasta tai sairaudesta.	Kyllä ☐ Siirry kohtaan D	Ei ☐
7	Minulla on tällä hetkellä lääkitys tai muu hoito (tai on ollut viimeisen viiden vuoden aikana) psykologisten ongelmien, persoonallisuushäiriön, paniikkihäiriön, alkoholi- tai huumerippuvuuden vuoksi tai minulla on todettu oppimis- tai kehityshäiriö.	Kyllä ☐ Siirry kohtaan E	Ei ☐
8	Minulla on ollut selkäongelmia, tyrä, vatsahaava tai diabetes (sokeritauti).	Kyllä ☐ Siirry kohtaan F	Ei ☐
9	Minulla on ollut vatsa- tai suolisto-ongelmia, esim. ripulia viime aikoina.	Kyllä ☐ Siirry kohtaan G	Ei ☐
10	Käytän reseptilääkkeitä (poislukien ehkäisytabletit ja malarian estolääkkeet, paitsi meflokiini (Lariam)).	Kyllä ☐ *	Ei ☐

Osallistujan allekirjoitus

Mikäli vastasit EI kaikkiin edellä olevaan 10 kysymykseen, lääkärin tekemä arvio ei ole tarpeellinen. Lue alla oleva osallistujan vakuutus ja hyväksy se allekirjoittamalla ja päiväämällä se.

Osallistujan vakuutus: Olen vastannut rehellisesti kaikkiin kysymyksiin. Ymmärrän ja hyväksyn vastuun mahdollista tapahtumista, mikäli olen vastannut johonkin kysymykseen väärin tai jättänyt kertomatta jonkun terveyteeni liittyvän nykyisen tai aikaisemman seikan.

Osallistujan allekirjoitus (mikäli alaikäinen, huoltajan allekirjoitus vaaditaan)

Päivämäärä (pp/kk/vvvv)

Osallistujan nimi (tekstää)

Syntymäaika (pp/kk/vvvv)

Kouluttajan nimi (tekstää)

Sukelluskeskuksen nimi (tekstää)

*** Mikäli vastasit KYLLÄ** kysymyksiin 3, 5 tai 10 yllä TAI mihin tahansa kysymykseen sivulla 2, lue ja hyväksy se allekirjoittamalla ja päiväämällä se **JA** ota kaikki kolme sivua tästä lomakkeesta (Sukeltajan terveys selvityslomake ja Lääkärintarkastuslomake) lääkärillesi lääketieteellistä arvioita varten. Sukelluskurssille osallistuminen edellyttää lääkärin hyväksyntää.

Sukeltajan terveysselvitys | Osallistujan kysely

A – MINULLA ON/ON OLLUT:		
Rintakehän, sydämen tai sydämen läppien leikkaus, asennettu lääketieteellinen laite (esim. verisuonistentti, sydämentahdistin) tai ilmarinta (kasaanpainunut keuhko) ja/tai pitkäaikainen keuhkosairaus.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Astmaa, hengityksen vinkumista, vaikeaa allergiaa, heinänuhaa tai tukkoisuutta, joka vaikeuttaa fyysistä aktiviteettiani tai suorituskykyäni viimeisen 12 kuukauden aikana	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Sydämeen liittyviä ongelmia tai sairauksia: rintakipu rasituksessa, sydämen vajaatoiminta, immersioon liittyvä keuhkopöhö, sydänkohtaus tai aivoverenkiertohäiriö TAI minulla on sydämlääkitys	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Toistuvia keuhkoputken tulehduksia viimeisen 12 kuukauden aikana ja yskin tällä hetkellä TAI on todettu emfyseema (keuhkorakkuloiden laajentumia)	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Keuhkoihin, hengittämiseen, sydämeen tai vereen liittyviä oireita viimeisten 30 päivän aikana, jotka vaikuttavat fyysiseen tai henkiseen toimintakykyyni.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
B – I OLEN YLI 45-VUOTIAS JA:		
Tupakoin tai käytän nikotiinivalmisteita muulla tavalla.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Minulla on korkeat kolesteroliarvot.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Minulla on korkea verenpaine.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Lähisukulaiseini on kuollut äkillisesti tai sydänsairauteen tai aivoverenkiertohäiriöön alle 50-vuotiaana TAI suvussani on ollut sydänsairauksia alle 50-vuotiaana (sydämen rytmihäiriöt, sepelvaltimotauti tai kardiomyopatia).	Kyllä ☐ *	Ei ☐
C – MINULLA ON / ON OLLUT:		
Sivuonteloleikkaus viimeisen kuuden kuukauden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Korvasairaus tai -leikkaus, kuulonmenetys tai tasapaino-ongelmia.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Toistuvia sivuontelotulehduksia viimeisen 12 kuukauden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Silmäleikkaus viimeisen kolmen kuukauden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
D – MINULLA ON / ON OLLUT:		
Päävamma, johon on liittynyt tajunnan menetys viimeisen viiden vuoden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Jatkuva neurologinen vamma tai sairaus.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Toistuvia migreenikohtauksia viimeisen 12 kuukauden aikana tai lääkitys niihin.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Tajunnan menetysksiä tai pyörtymisiä (kokonaan tai osittain) viimeisen viiden vuoden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Epilepsia, kouristelua TAI lääkitys niiden estämiseksi.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
E – MINULLA ON / ON OLLUT:		
Psykiatrasta hoitoa vaativaa käyttäytymisen, mielen tai psykologisia ongelmia.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Vakava masennus, itsemurhahakuisuutta, paniikkihäiriötä, hoitamaton kaksisuuntainen mielialahäiriö, joka on vaatinut lääkitystä tai psykiatrasta hoitoa.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Todettu mielenhäiriö tai oppimis- tai kehityshäiriö, joka edellyttää edelleen hoitoa tai tuettua asumista.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Huume- tai alkoholiriippuvuus, jota on hoidettu viimeisen viiden vuoden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
F – MINULLA ON / ON OLLUT:		
Toistuvia selkäongelmia, jotka rajoittavat päivittäistä toimintaani viimeisen kuuden kuukauden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Selän tai selkäytimen leikkaus viimeisen 12 kuukauden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Diabetes, joko lääkkeillä tai ruokavaliolla hoidettu, TAI raskausdiabetes viimeisen 12 kuukauden aikana	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Korjaamaton tyrä, joka vaikeuttaa fyysistä toimintaani.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Aktiivinen tai hoitamaton haava, ongelmahaavoja tai haavaleikkauksia viimeisen kuuden kuukauden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
G – MINULLA ON OLLUT:		
Suoliavanne ja minulla ei ole lupaa uida tai osallistua fyysiseen rasitukseen.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Kuivumista (dehydraatio), joka on vaatinut lääke- tai sairaalahoitoa viimeisen seitsemän päivän aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Aktiivinen tai hoitamaton vatsahaava tai suolen haavauksia tai haavaleikkauksia viimeisen kuuden kuukauden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Toistuvaa närästystä tai mahan sisällön ylösnousua (refluksitautia).	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Aktiivinen tai hoitamaton haavainen paksusuolen tauti tai Crohnin tauti.	Kyllä ☐ *	Ei ☐
Lihavuuskirurgiaa viimeisen 12 kuukauden aikana.	Kyllä ☐ *	Ei ☐

Sukeltajan terveysselvitys | Lääkärintarkastuslomake

Yllä mainittu henkilö tarvitsee lääketieteellisen arvion osallistuakseen laite- tai vapaasukellusharjoituksiin tai -toimintaan. Lääkärintarkastusohjeistus löytyy uhms.org jossa on eri sairauksien tai vammojen vaikutuksista sukelluskelpoisuuteen. Tutustu ohjeistukseen niiltä osin kuin se koskee potilaasi arviota.

Arvioinnin tulos

☐ Hyväksytty – En ole todennut mitään lääketieteellistä estettä laitesukeltamiselle tai vapaasukeltamiselle.

☐ Hylätty – Olen todennut lääketieteellisen esteen laitesukeltamiselle tai vapaasukeltamiselle.

Lääkärin allekirjoitus

Päivämäärä (pp/kk/vvvv)

Lääkärin nimi

Erikoisala

(tekstaa)

Lääkäriasema tai sairaala

Osoite

Puhelin

Sähköposti

Lääkärin / sairaalan leima (vapaaehtoinen)

[Diver Medical Screen Committee](#) on tehnyt tämän yhdessä seuraavien toimijoiden kanssa:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego