



Búváregészségügyi | Résztevői kérdőív

A rekreációs búvárkodás és a szabad tudós búvárkodás jó fizikai és mentális egészséget igényel. Az alábbiakban felsorolunk néhány egészségi állapotot, amelyek veszélyesek lehetnek búvárkodás közben. Azokat, akiknél ezen állapotok bármelyike fennáll vagy hajla-mosak ezekre, orvosnak kell értékelnie. Ez a Búvárorvosi | Résztevői kérdőív szükséges annak meghatározásához, hogy kell-e kérned ezt a szakvéleményt. Amennyiben bármilyen aggályod van a búvárkodással kapcsolatos olyan fizikai- vagy egészségi erőnlétteddel kapcsolatban, amely nem szerepel ebben a felsorolásban, merülés előtt konzultálj orvosoddal. Ha betegnek érzed magad, akkor kerüld a búvárkodást. Ha úgy gondold, hogy fertőző betegséged lehet, akkor vedd magadat és másokat azzal, hogy nem veszel részt merülési tréningeken és/vagy merülési tevékenységekben. A „búvárkodásra” való hivatkozás ebben a nyomtatványban ma-gában foglalja a rekreációs búvárkodást és a szabad tudós merülést is. Ezt a nyomtatványt elsősorban az új búvárok első orvosi szűrőjeként tervezték, de a továbbképzésen résztvevő búvárok számára is megfelelő. A saját- és az esetleg veled merülő-k biztonságá érdekében a kérdőív minden kérdésére őszintén válaszolj.

Útmutatók

Rekreációs búvárkodás vagy szabad tudós merülési tanfolyam előfeltételeként töltsd ki ezt a kérdőívet.

Megjegyzés nők számára: Ha terhes vagy, esetleg most tervezel teherbe esni: *ne merülj!*

1	Problémáim voltak a tüdőmmel/légzésemmel, szívemmel, véremmel; és/vagy COVID-19-cel diagnosztizáltak.	Igen ☐ lépj tovább az „A” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
2	45 évesnél idősebb vagyok.	Igen ☐ lépj tovább az „B” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
3	Nehezen teljesítek mérsékelt fizikai megterhelést is (például 1,6 kilométer [1 mérföld] sétát 14 perc alatt, vagy 200 méter [200 yard] úszást pihenő nélkül), VAGY erőnléti vagy egészségügyi okok miatt képtelen voltam az elmúlt 12 hónapban részt venni normális testmozgásban.	Igen ☐ *	Nem ☐
4	Problémáim voltak a szemeimmel, füleimmel vagy orrjárataimmal/ orrmelléküregeimmel.	Igen ☐ lépj tovább az „C” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
5	Az elmúlt 12 hónapban műtétet volt, VAGY folyamatos problémám van múltbeli műtéttel kapcsolatban.	Igen ☐ *	Nem ☐
6	Eszméletvesztésem-, migrénes fejfájásaim/rohamaim-, agyvérzésem volt; jelentős fejsérülést szenvedtem, vagy tartós neurológiai sérüléstől / betegségtől szenvedtem.	Igen ☐ lépj tovább az „D” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
7	Jelenleg kezelés alatt állok (vagy az elmúlt öt évben kezelésre volt szükségem) pszichológiai problémák, személyiségzavar, pán-ikrohamok, drog- vagy alkoholfüggőség miatt; vagy tanulási nehézségeket, fejlődési zavart diagnosztizáltak nálam.	Igen ☐ lépj tovább az „E” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
8	Gerincproblémáim, sérvem, fekélyem volt; vagy cukorbetegségem van.	Igen ☐ lépj tovább az „F” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
9	Gyomor- vagy bélproblémáim voltak, beleértve közelmúltbeli hasmenést is.	Igen ☐ lépj tovább az „G” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
10	Vényköteles gyógyszereket szedsz (a fogamzásgátló vagy maláriaellenes gyógyszerek kivételével, amennyiben az utóbbi nem a mefloquine (Lariam).	Igen ☐ *	Nem ☐

A résztvevő aláírása

Ha NEM volt a válasz a fenti 10 kérdés mindegyikére, akkor orvosi vizsgálat nem szükséges. Kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el az alábbi résztvevői nyilatkozatot.

Résztevői nyilatkozat: Minden kérdésre őszintén válaszoltam, és elfogadom, hogy engem terhel a felelősség az esetlegesen pontatlanul megválaszolt kérdésekből vagy a meglévő vagy korábbi egészségügyi körülmények közlésének elmulasztásából eredő valamennyi következményért.

A résztvevő aláírása (vagy kiskorú résztvevő esetén a szülő/gyám aláírása szükséges).

Dátum: (éééé/hh/nn)

Résztevő neve (nyomatott betűkkel)

Születési idő (éééé/hh/nn)

Oktató neve (nyomatott betűkkel)

Létesítmény neve: (nyomatott betűkkel)

* **Ha válaszod IGEN** volt a fenti 3., 5. vagy 10. kérdésre **VAGY** a 2. oldalon található bármelyik kérdésre, kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el a fenti résztvevői nyilatkozatot, **ÉS ennek a nyomtatványnak mindhárom oldalát (Résztevői Kérdőív és Orvos Értékelő Lapja) vidd magaddal orvosodhoz** orvosi értékelés céljából. A búvártanfolyamon való részvételhez az orvos jóváhagyása szükséges.

Búváregészségügyi | Résztevői kérdőív folytatása

„A” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MR VOLT:		
Mellkasi műtét, szívűtét, szívbillentyű műtét, orvosi eszköz (pl. stent, pacemaker, neurostimulátor) behelyezése vagy légmelle (pneumothorax, atelektázia).	Igen ☐ *	Nem ☐
Fizikai aktivitásomat, testmozgásomat korlátozó asztmám, nehéz lélegzésem, súlyos allergiám, szénanáthám vagy elzáródott légutam az elmúlt 12 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐
A szívemet érintő problémám vagy betegségem, például: angina, mellkasi fájdalom terheléskor, szívelégtelenség, merülés okozta tüdő ödéma, szívroham vagy agyvérzés; VAGY gyógyszert szedek bármilyen szívbetegségre.	Igen ☐ *	Nem ☐
Az elmúlt 12 hónapban visszatérő hörghurutom volt és jelenleg is köhögök, VAGY krónikus obstruktív légúti betegséget, illetve tüdőátgúlast diagnosztizáltak nálam.	Igen ☐ *	Nem ☐
COVID-19-t diagnosztizáltak nálam.	Igen ☐ *	Nem ☐
„B” KÉRDÉSCSOPORT – 45 ÉVESNÉL IDŐSEBB VAGYOK ÉS:		
Jelenleg dohányzom, , vagy más módon nikotint juttatok a szervezetembe.	Igen ☐ *	Nem ☐
Magas a koleszterinszintem.	Igen ☐ *	Nem ☐
Magas a vérnyomásom.	Igen ☐ *	Nem ☐
Volt olyan közeli vérrokonom, aki 50 éves kora előtt hirtelen szívbetegségben vagy sztrókban halt meg, VAGY családomban 50 éves életkor előtt előfordult szívbetegség (beleértve rendellenes szívritmusokat, koszorúér-betegséget vagy szívizombetegséget is).	Igen ☐ *	Nem ☐
„C” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Orrmelléküregi műtét az elmúlt 6 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐
Fülbetegségem vagy fülűtét, halláscsökkenésem vagy egyensúly problémáim.	Igen ☐ *	Nem ☐
Visszatérő melléküregi gyulladásaim az elmúlt 12 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐
Szeműtét az elmúlt 3 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐
„D” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Eszméletvesztéses fejsérűlésem az elmúlt 5 évben.	Igen ☐ *	Nem ☐
Tartós idegrendszeri sérűlésem vagy betegségem.	Igen ☐ *	Nem ☐
Ismétlődő migrénes fejfájásaim az elmúlt 12 hónapban, vagy gyógyszereket szedtem/szedek azok megelőzésére.	Igen ☐ *	Nem ☐
Rövid ájulásom vagy eszméletvesztésem (teljes/részleges eszméletvesztés) az elmúlt 5 évben.	Igen ☐ *	Nem ☐
Epilepsziás rohamaim, görcseim, VAGY gyógyszereket szedek azok megelőzésére.	Igen ☐ *	Nem ☐
„E” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Viselkedési-, mentális- vagy pszichológiai problémáim, amelyek orvosi/pszichiátriai kezelést igényelnek.	Igen ☐ *	Nem ☐
Súlyos depresszióm, öngyilkossági gondolataim, pánikrohamaim, ellenőrizetlen bipoláris rendellenességem, amely gyógyszert/ pszichiátriai kezelést igényel.	Igen ☐ *	Nem ☐
Diagnosztizált mentális egészségi állapotváltozásom vagy folyamatos gondozást igénylő tanulási/fejűdési rendellenességem.	Igen ☐ *	Nem ☐
Kezelést igénylő kábítószer- vagy alkoholfűggőségem az elmúlt 5 évben.	Igen ☐ *	Nem ☐
„F” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Olyan visszatérő hátproblémáim az elmúlt 6 hónapban, amelyek korlátozzák a mindennapi tevékenységeimet.	Igen ☐ *	Nem ☐
Hát- vagy gerincűtét az elmúlt 12 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐
Cukorbetegségem, akár gyógyszer-, akár étrend-kontrollált, VAGY az elmúlt 12 hónapban terhességi cukorbetegségem.	Igen ☐ *	Nem ☐
Nem kezelt sérűem, amely korlátozza a fizikai képességeimet.	Igen ☐ *	Nem ☐
Aktív vagy kezeletlen fekélyeim, problémás sebeim vagy fekélyűteteim az elmúlt 6 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐
„G” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Sztóma-operáció, és nincs orvosi engedélyem úszásra vagy fizikai tevékenységet folytatására.	Igen ☐ *	Nem ☐
Olyan dehidrációm az elmúlt 7 napban, amely orvosi beavatkozást igényelt.	Igen ☐ *	Nem ☐
Aktív vagy kezeletlen gyomor- vagy bélfekélyem, vagy fekélyűtét az elmúlt 6 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐
Gyakori gyomorrégésem, regurgitáció, vagy gyomorral-, nyelőcsővel összefűggő reflux betegségem (GERD).	Igen ☐ *	Nem ☐
Aktív vagy ellenőrizetlen fekélyes vastagbélgyulladásom vagy Crohn-betegségem.	Igen ☐ *	Nem ☐
Bariátriai műtét (bypass, gyomorból, gyomorgyűrű, gyomorsűkítés, stb.) az elmúlt 12 hónapban.	Igen ☐ *	Nem ☐

Búvárorvos | Vizsgálóorvos értékelőlapja

A fent említett személy az ön véleményét kéri arról, hogy alkalmas-e egészségileg rekreációs búvárkodásban vagy a szabadtüdős oktatásban vagy tevékenységben való részvételhez.

Kérjük, hogy a búvárkodással összefüggő egészségügyi állapotokkal kapcsolatos útmutatásokért keresse fel az uhms.org honlapot. Az értékelés részeként tekintse át a páciensével kapcsolatos bekezdéseket.

Értékelési eredmény

- ☐ Jóváhagyom – nem találok olyan körülményeket, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárkodással vagy a szabadtüdős búvárkodással.
- ☐ Nem hagyom jóvá – olyan körülményeket találok, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárkodással vagy a szabadtüdős búvárkodással.

Búváralkalmasság értékelésére kiképzett orvos, v. más, hivatalos minősítéssel rendelkező eü. szolgáltató aláírása

dátuma (éééé/hh/nn)

Vizsgálóorvos neve:

(nyomtatott betűkkel)

Klinikai végzettségek/bizonyítványok:

Kórház/klinika/szakrendelő megnevezése:

Címe:

Telefon:

e-mail

Orvos/klinika bélyegzője (opcionális)

Létrehozva a [Diver Medical Screen Committee](#) által a következő testületekkel együttműködésben:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego