



## Formular Medical de Scafadru | Chestionar de Participare

Scufundările recreative autonome și scufundările în apnee necesită o bună sănătate fizică și psihică.

Există câteva afecțiuni medicale care pot fi periculoase în timpul scufundării, enumerate mai jos. Cei care au sau sunt predispuși la oricare dintre aceste afecțiuni, trebuie să fie evaluați de un medic. Acest chestionar medical pentru participanți la scufundări oferă o bază pentru a stabili dacă trebuie să solicitați această evaluare. Dacă aveți probleme cu privire la condiția dvs. fizică pentru scufundări nerepresentate în acest formular, consultați medicul înainte de scufundare. Dacă vă simțiți bolnav, evitați scufundările. Dacă credeți că puteți avea o boală contagioasă, protejați-vă pe voi și pe alții ne participând la antrenamente și / sau activități de scufundare. Referințele la „scufundări” din această formă cuprind atât scufundările recreative cât și cele în apnee.

Acest formular este conceput în principal ca un ecran medical inițial pentru noi scufundări, dar este potrivit și pentru scufundări care urmează educația continuă. Pentru siguranța dvs. și a celorlalți care ar putea să vă cufunda, răspundeți la toate întrebările sincer.

### Indicații

**Completați acest chestionar ca o condiție necesară pentru un curs de scufundare recreativă sau de apnee.**

**Notă pentru femei:** Dacă sunteți gravidă sau încercați să rămâneți gravidă, *nu vă scufundați*.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                            |                             |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1  | Am avut probleme cu plămânii / respirația, inima, sângele sau am fost diagnosticat cu COVID-19                                                                                                                                                                                             | Da <input type="checkbox"/><br>Mergi la<br>Caseta <b>A</b> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 2  | Am peste 45 de ani.                                                                                                                                                                                                                                                                        | Da <input type="checkbox"/><br>Mergi la<br>Caseta <b>B</b> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 3  | Mă străduiesc să fac un exercițiu moderat (de exemplu, să parcurg 1,6 kilometri / o milă în 14 minute sau să înot 200 de metri / metri fără să mă odihnesc), SAU nu am putut să particip la o activitate fizică normală din motive de condiție fizică sau de sănătate în ultimele 12 luni. | Da <input type="checkbox"/> *                              | Nu <input type="checkbox"/> |
| 4  | Am avut probleme cu ochii, urechile sau pasajele / sinusurile nazale.                                                                                                                                                                                                                      | Da <input type="checkbox"/><br>Mergi la<br>Caseta <b>C</b> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 5  | Am avut o intervenție chirurgicală în ultimele 12 luni, SAU am probleme în derulare legate de operațiile anterioare.                                                                                                                                                                       | Da <input type="checkbox"/> *                              | Nu <input type="checkbox"/> |
| 6  | Mi-am pierdut cunoștința, am avut dureri de cap migrene, convulsii, accident vascular cerebral, leziuni semnificative la nivelul capului sau am suferit de leziuni sau boli neurologice persistente.                                                                                       | Da <input type="checkbox"/><br>Mergi la<br>Caseta <b>D</b> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 7  | În prezent sunt supus unui tratament (sau am necesitat tratament în ultimii cinci ani) pentru probleme psihologice, tulburări de personalitate, atacuri de panică sau dependență de droguri sau alcool; sau, Am fost diagnosticat cu o dizabilitate de învățare sau de dezvoltare.         | Da <input type="checkbox"/><br>Mergi la<br>Caseta <b>E</b> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 8  | Am avut probleme la spate, hernie, ulcere sau diabet.                                                                                                                                                                                                                                      | Da <input type="checkbox"/><br>Mergi la<br>Caseta <b>F</b> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 9  | Am avut probleme stomacale sau intestinale, inclusiv diaree recentă.                                                                                                                                                                                                                       | Da <input type="checkbox"/><br>Mergi la<br>Caseta <b>G</b> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 10 | Iau medicamente pe bază de rețetă (cu excepția controlului nașterii sau a medicamentelor anti-mariene, altele decât mefloquine (Lariam).                                                                                                                                                   | Da <input type="checkbox"/> *                              | Nu <input type="checkbox"/> |

### Semnătura participantului

**Dacă ați răspuns NU** la toate cele 10 întrebări de mai sus, nu este necesară o evaluare medicală. Vă rugăm să citiți și să fiți de acord cu declarația participantului de mai jos, prin semnarea și datarea acesteia.

**Declarație de participant:** Am răspuns la toate întrebările sincer și înțeleg că accept responsabilitatea pentru orice consecințe care rezultă din orice întrebări la care am putut să răspund în mod inexact sau pentru că nu am dezvăluit orice condiții de sănătate existente sau anterioare.

\_\_\_\_\_  
Semnătura participantului (sau, dacă este minor, este necesară semnătura părintelui / tutorelui)

\_\_\_\_\_  
Data (zz/ll/aaa)

\_\_\_\_\_  
Nume participant (caractere tipar)

\_\_\_\_\_  
Data nașterii (zz/ll/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nume Instructor (caractere tipar)

\_\_\_\_\_  
Nume Facilitate (caractere tipar)

\* **Dacă ați răspuns DA** la întrebările 3, 5 sau 10 de mai sus sau la oricare dintre întrebările de la pagina 2, vă rugăm să citiți și să fiți de acord cu afirmația de mai sus, semnând-o și datând-o. Și luați toate cele trei pagini ale acestui formular (Chestionarul pentru participanți și Formularul de Evaluare al medicului) medicului dumneavoastră pentru o evaluare medicală. Participarea la un curs de scufundări necesită aprobarea medicului dumneavoastră.

## Medicalul Scafandrului | Chestionarul pentru participanți a continuat

| CASETA A - AM / AM AVUT:                                                                                                                                                                                                                       |                               |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Chirurgie toracică, chirurgie cardiacă, chirurgie valvulară cardiacă, un dispozitiv medical implantabil (de exemplu, stent, stimulator cardiac, neurostimulator) sau un pneumotorax (plămân prăbușit).                                         | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Astm, respirație șuierătoare, alergii severe, febră de fân sau căi respiratorii congestionate în ultimele 12 luni, ceea ce limitează activitatea mea fizică.                                                                                   | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| O problemă sau o boală care implică inima mea, cum ar fi: angina, dureri toracice la efort, insuficiență cardiacă, edem pulmonar de imersie, atac de cord SAU accident vascular cerebral, sau iau medicamente pentru orice afecțiune cardiacă. | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Bronșita recurentă și tuse în prezent în ultimele 12 luni, OR au fost diagnosticate cu emfizem.                                                                                                                                                | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Un diagnostic de COVID-19.                                                                                                                                                                                                                     | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |

| CASETA B - AM PESTE 45 DE ANI ȘI:                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| În prezent fumez sau inhalez nicotină prin alte mijloace.                                                                                                                                                                                                                                       | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Am un nivel ridicat de colesterol.                                                                                                                                                                                                                                                              | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Am hipertensiune arterială                                                                                                                                                                                                                                                                      | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Am avut o rudă apropiată de sânge cu moarte subită sau de boală cardiacă sau accident vascular cerebral înainte de vârsta de 50 de ani, SAU am antecedente familiale de boli de inimă înainte de vârsta de 50 de ani (inclusiv ritmuri cardiace anormale, boli coronariene sau cardiomiopatie). | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |

| CASETA C - AM / AM AVUT:                                                                  |                               |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Chirurgia sinusală în ultimele 6 luni.                                                    | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Afectiuni ale urechii sau chirurgia urechii, pierderea auzului sau probleme de echilibru. | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Sinuzita recurentă în ultimele 12 luni.                                                   | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Chirurgia ochilor în ultimele 3 luni.                                                     | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |

| CASETA D - AM / AM AVUT:                                                                       |                               |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Leziune la cap cu pierderea cunoștinței în ultimii 5 ani.                                      | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Leziune sau boală neurologică persistentă.                                                     | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Dureri recurente de cap migrene în ultimele 12 luni sau luați medicamente pentru a le preveni. | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Pierderea brusca sau leșinuri (pierderea completă / parțială a conștiinței) în ultimii 5 ani.  | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia, atac de apoplexie sau convulsii SAU iau medicamente pentru a le preveni.            | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |

| CASETA E - AM / AM AVUT:                                                                                                                                  |                               |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Sănătate comportamentală, probleme psihice sau psihologice care necesită tratament medical / psihiatric.                                                  | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Depresie majoră, idee suicidară, atacuri de panică, tulburări bipolare necontrolate care necesită medicamente / tratament psihiatric.                     | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Am fost diagnosticat cu o afecțiune de sănătate mintală sau cu o tulburare de învățare / dezvoltare care necesită îngrijire continuă sau cazare specială. | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| O dependență de droguri sau alcool care necesită tratament în ultimii 5 ani.                                                                              | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |

| CASETA F - AM / AM AVUT:                                                                                      |                               |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Probleme recurente de spate în ultimele 6 luni care îmi limitează activitatea de zi cu zi.                    | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Chirurgia spinării sau a coloanei vertebrale în ultimele 12 luni.                                             | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Diabetul zaharat, controlat cu medicamente sau regim alimentar, SAU diabetul gestațional în ultimele 12 luni. | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| O hernie necorectată care îmi limitează abilitățile fizice.                                                   | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Ulcere active sau netratate, răni cu probleme sau operații ulceroase în ultimele 6 luni.                      | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |

| CASETA G - AM / AM AVUT:                                                                                |                               |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Chirurgie ostomatică și nu am autorizare medicală pentru a înota sau a se implica în activitate fizică. | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Deshidratarea care a necesitat intervenție medicală în ultimele 7 zile.                                 | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Ulcerul stomacal sau intestinal activ sau netratat sau ulcerul chirurgical în ultimele 6 luni.          | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Arsuri stomacale frecvente, regurgitarea sau boala de reflux gastroesofagian (GERD).                    | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Colită ulceroasă activă sau necontrolată sau boala Crohn.                                               | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie bariatrică în ultimele 12 luni.                                                               | Da <input type="checkbox"/> * | Nu <input type="checkbox"/> |

## Medicalul Scafandrilor | Chestionarul de evaluare al Medicului Examiner

Persoana menționată mai sus solicită opinia dumneavoastră despre capacitatea sa medicală de a participa la antrenamente sau activități de scufundare scuba recreativă sau scufundare în apnee. Vă rugăm să vizitați [uhms.org](http://uhms.org) pentru îndrumări medicale cu privire la condițiile medicale, în ceea ce privește scufundările. Examinați zonele relevante pentru pacientul dvs. ca parte a evaluării.

### Evaluarea rezultatului

- ☐ Aprobat - nu găsesc condiții pe care să le consider incompatibile cu scufundările de agrement sau scufundările în apnee.
- ☐ Nu este aprobat - consider condiții pe care le găsesc incompatibile cu scufundările de agrement sau scufundările în apnee.

---

Semnătura medicului autorizat sau a altui furnizor medical autorizat legal

---

Data (zz/ll/aaaa)

**Numele Medicului  
Examinator**

**Specialitatea**

---

Caractere de tipar

**Grade Clinice / Acreditari**

---

**Adresa**

---

**Telefon**

**Email**

---

Ștampila Medicului/Clinicii (Opțional)

Creat de [Diver Medical Screen Committee](#) în asociatie cu urmatoarele organisme:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**