



Dykmedicinskt | Frågeformulär för deltagare

Rekreations- och fridykning erfordrar god fysisk och mental hälsa. Nedan finns ett antal hälsotillstånd som kan bli farliga vid dykning. De som har, eller är mottagliga för, några av dessa tillstånd, skall undersökas av en dykläkare. Detta Dykmedicinska Frågeformulär för dykare hjälper avgöra om man bör genomgå denna undersökning. Om du har något hälsotillstånd som inte finns med på detta formulär, konsultera din läkare innan dykning. Om du känner dig sjuk undvik dykning. Om du tror dig ha en smittsam sjukdom, skydda dig själv och andra genom att inte delta i dykutbildning och/eller dykaktiviteter. Termen "dykning" på detta formulär syftar till både rekreations- och fridykning. Detta formulär är huvudsakligen avsedd som en första medicinsk kontroll för nya dykare, men är även lämplig för dykare i vidareutbildning. För din säkerhet, samt andras som kommer att dyka med dig, svara alla frågor ärligt.

Anvisningar

Fyll i detta frågeformulär som ett förkrav till en kurs i rekreations- eller fridykning.

För kvinnor: Om du är gravid, eller försöker bli gravid, dyk inte.

1	Jag har haft problem med mina lungor/andning, hjärta, blod, eller har diagnostiserats med COVID-19.	Ja ☐ Gå till Box A	Nej ☐
2	Jag är äldre än 45 år.	Ja ☐ Gå till Box B	Nej ☐
3	Jag har svårt att utföra måttlig träning (till exempel, gå 1,6 kilometer på 14 minuter eller simma 200 meter utan att vila), ELLER jag har inte kunnat delta i normal fysisk aktivitet på grund av konditions- eller hälsoskäl de senaste 12 månaderna	Ja ☐ *	Nej ☐
4	Jag har haft problem med mina ögon, öron, eller näsgångar/bihållor.	Ja ☐ Gå till Box C	Nej ☐
5	Jag har opererats de senaste 12 månaderna, ELLER jag har kvarstående problem relaterade till en tidigare operation.	Ja ☐ *	Nej ☐
6	Jag har tappat medvetandet, haft migrän, anfall, stroke, allvarlig skallskada, eller lider av bestående neurologisk skada eller sjukdom.	Ja ☐ Gå till Box D	Nej ☐
7	Jag genomgår behandling (eller behövt behandling inom de senaste fem åren) för psykologiska problem, personlighetsstörningar, panikattacker, eller ett beroende till droger eller alkohol; eller, jag har diagnostiserats med Inlärningssvårigheter.	Ja ☐ Gå till Box E	Nej ☐
8	Jag har haft ryggproblem, bråck, sår, eller diabetes.	Ja ☐ Gå till Box F	Nej ☐
9	Jag har haft mag- eller tarmproblem, Inklusive nyligen diarré.	Ja ☐ Gå till Box G	Nej ☐
10	Jag tar receptbelagda mediciner (förutom preventivmedel eller anti-malaria läkemedel andra än meflokin (Lariam)).	Ja ☐ *	Nej ☐

Deltagarens Signature

Om du svarat NEJ på alla 10 frågor ovan, behövs Ingen läkarundersökning. Vänligen läs igenom och godkänn deltagarförsäkringen nedan genom att signera och datera den.

Deltagarförsäkringen: Jag har besvarat alla frågor ärligt, och tar ansvar för eventuella konsekvenser till följd av frågor jag kan ha besvarat felaktigt eller för att jag undanhållit några befintliga eller tidigare hälsotillstånd.

Deltagarens Signature (eller, för minderåring, förälders/förmyndares Signature)

Datum (dag/mån/år)

Deltagarens Namn (Textat)

Födelsedag (dag/mån/år)

Instruktörens namn (Textat)

Dykcenter (Textat)

*** Om du svarat JA** på frågor 3, 5 eller 10 ovan **ELLER** på några utav frågorna på sida 2, vänligen läs igenom och godkänn försäkringen ovan genom att signera och datera det **OCH ta alla tre sidor i detta formulär (Deltagarens Frågeformulär och Läkarens Utvärderingsformulär till din läkare)** för en läkarutvärdering. För deltagande i en dykkurs krävs en läkares godkännande.

Dykmedicinskt | Frågeformulär för Deltagare Fortsättning

BOX A – JAG HAR/HAR HAFT:			
Bröstoperation, hjärtoperation, hjärtklaffsoperation, Inopererad stent, eller en pneumothorax (lungkollaps).	Ja ☐ *	Nej ☐	
Astma, väsande andning, allvarliga allergier, hörsnuva, eller överbelastade luftvägar de senaste 12 månaderna som begränsar mina fysiska aktiviteter/träning.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Ett problem eller sjukdom som involverar mitt hjärta så som: angina, bröstsmärta vid utandning, hjärtsvikt, lungödem, hjärtattack eller stroke, ELLER medicinerar för något hjärtillstånd.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Återkommande bronkit samt hosta de senaste 12 månaderna, ELLER diagnostiserats med emfysem.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Diagnostiserats med COVID-19.	Ja ☐ *	Nej ☐	
BOX B – JAG ÄR ÖVER 45 ÅR OCH:			
Jag röker i nuläget eller inandas nikotin på andra sätt.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Jag har höga kolesterolvärden.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Jag har högt blodtryck.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Jag har haft en nära anhörig som dött av hjärtsjukdom eller stroke före 50 års åldern, ELLER har familjehistorik för hjärtsjukdom före 50 års åldern (Inklusive onormal hjärtrytm, kranskärlssjukdom eller kardiomyopati).	Ja ☐ *	Nej ☐	
BOX C – JAG HAR/HAR HAFT:			
Bihålleoperation inom de senaste 6 månaderna.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Öronsjukdom eller öronoperation, hörselnedsättning, eller balansproblem.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Återkommande bihålleinflammation de senaste 12 månaderna.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Ögonoperation de senaste 3 månaderna.	Ja ☐ *	Nej ☐	
BOX D – JAG HAR/HAR HAFT:			
Skallskada med medvetelslöshet de senaste 5 åren.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Bestående neurologiska skador eller sjukdom.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Återkommande migrän de senaste 12 månaderna, eller tar läkemedel i förebyggande syfte.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Blackouts eller svimning (helt/delvis medvetelslöshet) de senaste 5 åren.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Epilepsi, kramper, eller spasmer, ELLER tar läkemedel i förebyggande syfte.	Ja ☐ *	Nej ☐	
BOX E – JAG HAR/HAR HAFT:			
Beteendemässiga, mentala eller psykologiska problem som kräver medicinsk/psykiatrisk behandling.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Depression, självmordsbeteende, panikattacker, okontrollerad bipolär sjukdom som kräver medicinsk/psykiatrisk behandling	Ja ☐ *	Nej ☐	
Diagnostiserats med ett mentalt hälsotillstånd eller en Inlärnings/utvecklingstörning som kräver pågående behandling.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Ett beroende till droger eller alkohol som krävt behandling de senaste 5 åren.	Ja ☐ *	Nej ☐	
BOX F – JAG HAR/HAR HAFT:			
Återkommande ryggproblem de senaste 6 månaderna som begränsar mina dagliga aktiviteter.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Rygg- eller rygggradsoperation de senaste 12 månaderna.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Diabetes, läkemedels- eller kostreglerad, ELLER graviditetsdiabetes de senaste 12 månaderna.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Ett okorrigerat bråck som begränsar mina fysiska möjligheter.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Aktiva eller obehandlade magsår, kronisk maginflammation, eller magsårskirurgi de senaste 6 månaderna.	Ja ☐ *	Nej ☐	
BOX G – JAG HAR HAFT:			
Stomi kirurgi och saknar medicinskt godkännande till att simma eller delta i fysisk aktivitet.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Uttorkning som krävt medicinsk behandling de senaste 7 dagarna.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Aktiva eller obehandlade mag- eller tarmsår eller magsårskirurgi de senaste 6 månaderna.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Frekvent halsbränna, uppstötningar eller gastroesofageal reflux sjukdom.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Aktiv eller obehandlad ulcerös kolit eller Crohn's sjukdom.	Ja ☐ *	Nej ☐	
Överviktskirurgi de senaste 12 månaderna.	Ja ☐ *	Nej ☐	

Dykmedicinsk | Läkarens Utvärderingformulär

Ovanstående person efterfrågar din åsikt om hans/hennes medicinska lämplighet för att delta i rekreations- eller fridykningsutbildning eller aktivitet. Vänligen besök uhms.org för medicinsk vägledning för medicinska tillstånd som relateras till dykning. Gå igenom de områden som är relevanta för din patient som en del av din utvärdering.

Utvärderingsresultat

☐ Godkänd – Jag finner inga tillstånd som är oförenliga med rekreations- eller fridykning

☐ Ej godkänd – Jag finner tillstånd som är oförenliga med rekreations- eller fridykning.

Läkarens Signatur

Datum (dag/mån/år)

Läkarens Namn

Specialistområde

(Textat)

Klinik/sjukhus

Adress

Telefon nummer

Email

Läkarens/Klinikens stämpel (valfritt)

Created by the [Diver Medical Screen Committee](#) in association with the following bodies:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego