

החניך

(נא לכתוב בצורה קריאה)

שם _____ פרטי _____ משפחה _____ תאריך לידה _____ גיל _____

כתובת למשלוח דואר:

רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

טלפון בבית _____ טלפון בעבודה _____

טלפון סלולרי _____ פקס _____

שם וכתובת רופא המשכחה שלך:

הרופא _____ מרפאת/ בית חולים _____

כתובת _____ טלפון _____

תאריך הבדיקה הרפואית _____

שם הבודק _____ מרפאת/ בית חולים _____

כתובת _____ טלפון _____

האם עברת בעבר בבדיקה רפואית לצורך צלילה? כן לא

הרופא

אדם זה מועמד או עוסק כיום בצלילת מכלים SCUBA (מתקן עצמאי לנשימה תת-ימית). אנו מבקשים בזאת את חוות דעתך לגבי כשירותו הגופנית לצלילת מכלים עם אוויר דחוס.

חוות דעת הרופא:

אינני מוצא כל מצב רפואי שאינו מאפשר צלילה.

אינני יכול להמליץ על אדם זה לצלילה.

הערות:

עברתי על ההנחיות לבדיקה רפואית של צוללים חובבים.

ד"ר _____ חתימת הרופא _____ תאריך _____

הרופא _____ מרפאה/ בית חולים _____

כתובת _____ טלפון _____

הצהרה רפואית

תיק מעקב - מידע חסוי

נא לקרוא בעיון לפני החתימה.

על מנת לצלול בביטחה אסור עליך להיות כבד משקל בצורה קיצונית או ללא כושר גופני מינימלי. צלילה יכולה להיות מאומצת בתנאים מסוימים. על מערכת הלב-ראה שלך להיות במצב בריאות תקין. על כל חללי האוויר בגוף להיות נורמליים ובריאים. אנשים עם מחלת לב, הצטננות או נזלת, אפילפסיה, אסטמה, בעיה רפואית חמורה, או תחת השפעת אלכוהול או סמים אינם צריכים לצלול. אם אתה משתמש בתרופה, התייעץ עם רופא ועם מדריך צלילה לפני שתשתף בקורס זה. בנוסף תצטרך ללמוד מהמדריך את כללי הבטיחות החשובים לגבי נשימה והשוואת לחצים בעת צלילה. שימוש לא נכון בציוד צלילה עלול לגרום לפגיעה חמורה. כדי שתוכל להשתמש בציוד בבטיחות, עליך להיות מודרך בביטחון בשימוש בציוד על ידי מדריך מוסמך. אם ישנן שאלות נוספות בנוגע להצהרה הרפואית או לגבי פרק ההסטוריה הרפואית, עבור עליהם עם מדריך הצלילה שלך לפני שתחתום.

בהצהרה זו נמסר לך מידע על מספר סיכונים פוטנציאליים בצלילת מכלים ועל ההתנהגות הנדרשת ממך במשך קורס הצלילה. חתימתך על הצהרה זו דרושה על מנת לאפשר את השתתפותך בקורס הצלילה
הנערך במועדון: _____
המדריך: _____
כתובת המועדון: _____

קרא את ההצהרה ושוחח עליה עם המדריך לפני החתימה. חובה להשלים הצהרה רפואית זו, הכוללת את הצהרת ההיסטוריה הרפואית, על מנת להתקבל לקורס הצלילה. אם הנך קטין, עליך להחתיים את אחד ההורים על ההצהרה. צלילה היא פעילות מלהיבה ותובענית. הפעילות בטוחה מאד כאשר היא מבוצעת נכון תוך שימוש בטכניקות נכונות. אך כאשר אין ממלאים אחר נהלי הבטיחות שנקבעו ישנן סכנות.

עבר רפואי

למעשה תת: מטרת שאלון זה היא לברר אם יש צורך בבדיקתך על ידי רופא לפני השתתפותך בקורס צלילה. תשובה חיובית לשאלה אינה פוסלת אותך באופן אוטומטי מצלילה. תשובה חיובית פירושה שיש מצב קיים מראש העלול להשפיע על בטיחותך בעת הצלילה וכי עליך להתייעץ עם רופא. נא לענות על השאלות הבאות הנוגעות לעברך הרפואי ב'כן' או 'לא'. אם אינך בטוח, ענה ב'כן'. אם סעיף כלשהו מתאים לך, עלינו לבקש שתבדק על ידי רופא לפני שתשתף בקורס הצלילה. מדריך הצלילה שלך יספק לך הצהרה רפואית והנחיות לבדיקה רפואית לצולל חובב אותן תיקח לרופא.

- | | | |
|---|--|---|
| <p>_____ עבר של שימוש מופרז באלכוהול או סמים? _____ דלקת קרום המוח, מחלת מוח, זעזוע מוח, חבלת ראש, ניתוחי ראש, _____ מיגרנה _____ שיעול כרוני _____ קוצר ראייה מעל 4 דיופטריות (אסור לצלול עם עדשות מגע קשות) _____ מחלת עיניים/ עבר של ניתוחי עיניים. _____ קוצר נשימה במאמץ _____ כאב חזה במאמץ _____ חוסר דם/ מחלת דם כרונית _____ מחלת כליות/ דרכי השתן/ זיהומים חוזרים בדרכי השתן/ אבנים חו"ל בכליות. _____ כאבי בטן חוזרים/ מחלה כרונית של המעינים/ כיב. _____ דימום ממערכת העיכול. _____ צרבת כרונית/ מחלה של הושט ניתוחי בטן/ מעיים _____ מחלות פרקים/ עצמות/ שרירים או עצבים/ חולשת שרירים/ גפיים _____ עודף משקל מעל 25 ק"ג (משקל רצוי = גובה ב"מ - 100) _____ סוכרת מטופלת בכדורים/ זריקות _____ הפרעה בבלוטות המטופלת בקביעות, האם יש לך שיניים תותבות?</p> | <p>_____ עבר של איבודי הכרה או התעלפויות (אבדן הכרה חלקי/מלא)? _____ האם אתה סובל לעתים קרובות ממחלת ים (באניה, ברכב, וכיו')? _____ עבר של תאונות צלילה או מחלות הפחתת לחץ (דיקומפרסיה)? _____ עבר של בעיות גב נישנות? _____ עבר של ניתוח גב? _____ עבר של סכרת? _____ עבר של בעיות גב, זרוע או רגל לאחר ניתוח, פגיעה או שבר? _____ חוסר יכולת לבצע פעילות גופנית מתונה (ללכת ק"מ אחד ב- 8 דקות)? _____ עבר של לחץ דם גבוה או לוקח תרופות לשליטה בלחץ הדם? _____ עבר של מחלת לב כלשהי? _____ עבר של התקפי לב? _____ ניתוחי לב? הפרעות בקצב הלב? _____ אנגינה פקטוריס או ניתוח כלי דם כליליים? _____ עבר של ניתוחי אוזניים או סינוסים? _____ קרע בעור התוף? _____ עבר של מחלות אוזניים, אבדן שמיעה או בעיות שווי משקל? _____ עבר של בעיות השוואת לחצי אוזניים (פימפום) בנשימה במטוס או בהרים? _____ עבר של דימום או ליקויי דם אחרים. _____ עבר כלשהי של בקע (הרניה)? _____ עבר של אולקוס או ניתוח אולקוס? _____ עבר של קולוסטמיה?</p> | <p>_____ האם הנך בהריון או יש לך חשד להריון? _____ האם הנך משתמש בתרופות עם או ללא מרשם (למעט גלולות למניעת הריון)? _____ האם הנך מעל גיל 45 ויש לך אחד מהמפורטים מטה: * מעשן כיום מקטרת, * סיגר או סיגריות? * רמת כולסטרול גבוהה? * עבר משפחתית של התקפי לב או שבץ? האם היה לך או יש לך כיום... _____ אסטמה/ ציפצוף בנשימה/ ציפצוף בעת פעילות גופנית? _____ התקפי אלרגיה או קדחת השתן לעתים קרובות או בצורה חמורה? _____ הצטננויות, סינוסיטיס או ברוניכיטיס לעתים קרובות? _____ צורה כלשהי של מחלת ריאות? _____ דלקת ריאות (התמוטטות ריאה)?/ שחפת? _____ עבר של ניתוח בית חזה. _____ חבלה או פגיעה בצלעות/חזה אויר קלאסטרופוביה או אגורופוביה (פחד ממקומות סגורים או פתוחים)? _____ בעיות בריאות התנהגותיות? _____ אפילפסיה, עוויתות או לוקח תרופות למניעתם?</p> |
|---|--|---|

למיטב ידיעתך, המידע אותו מסרתי על עברי הרפואי מדויק.

חתימה _____ תאריך _____
חתימת הורים או אפוטרופוסים * (לפי הצורך) _____ תאריך _____
*(למועמד מתחת לגיל 18)