

Dykkermedisinsk | Deltakers Spørreskjema

Sportsdykking og fridykking krever god fysisk og psykisk helse. Det finnes noen medisinske tilstander som kan være farlige under dykking, som er oppført under. De som har, eller er disponert for, noen av disse, bør bli undersøkt av en lege. Dette dykkermedisinske spørreskjemaet for deltagere gir et grunnlag for å avgjøre om du skal la deg undersøkes. Dersom du lurer på noe vedrørende din dykkerhelse som ikke omfattes av dette skjemaet, kontakter du legen din før du dykker. Hvis du føler deg dårlig, unngå å dykke. Hvis du tror du har en smittsom sykdom, beskytt deg selv og andre ved å ikke delta i dykkerundervisning og/eller dykkeraktiviteter. Referanser til "dykking" på dette skjemaet omfatter både sportsdykking og fridykking. Dette skjemaet er først og fremst designet som et første medisinsk spørreskjema for nye dykkere, men passer også for dykkere som tar videreutdanning. For din egen sikkerhet, og for andre som kan komme til å dykke med deg, bør du svare ærlig på alle spørsmålene.

Retningslinjer

Dette skjemaet skal fylles inn som en del av kravet til et sports- eller fridykkerkurs.

Til kvinner: Dersom du er gravid, eller prøver å bli det, ikke dykk.

1	Jeg har hatt problemer med lungene mine, pusten, hjertet og/eller blodet, som har påvirket min normale fysiske eller mentale ytelse.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Felt A	Nei <input type="checkbox"/>
2	Jeg er over 45 år gammel.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Felt B	Nei <input type="checkbox"/>
3	Jeg strever med å utøve moderat trening (for eksempel gå 1,6 km/en mile på 14 minutter eller svømme 200 meter/yard uten å måtte hvile), ELLER jeg har ikke vært i stand til å delta i normal fysisk aktivitet på grunn av form eller helsetilstand de siste 12 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
4	Jeg har hatt problemer med øynene, ørene, eller nesen/bihulene mine.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Felt C	Nei <input type="checkbox"/>
5	Jeg har blitt operert i løpet av de siste 12 måneder, ELLER jeg har pågående problemer pga tidligere operasjon.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
6	Jeg har mistet bevisstheten, hatt migrene, anfall, slag, betydelig hodeskade, eller lider av vedvarende nevrologisk skade eller sykdom.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Felt D	Nei <input type="checkbox"/>
7	Jeg er for tiden under behandling (eller har trengt behandling de siste fem år) for psykologiske problemer, personlighetsforstyrrelser, panikkanfall, eller avhengighet av medisiner/narkotika eller alkohol, eller, jeg har blitt diagnostisert med lærevansker eller utviklingshemming.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Felt E	Nei <input type="checkbox"/>
8	Jeg har hatt ryggproblemer, brokk, magesår eller diabetes.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Felt F	Nei <input type="checkbox"/>
9	Jeg har hatt mage- eller tarmproblemer, inkludert nylig diare.	Ja <input type="checkbox"/> Gå til Felt G	Nei <input type="checkbox"/>
10	Jeg tar reseptbelagte medisiner (med unntak av prevensjon eller medisin mot malaria som ikke inneholder mefloquine (Lariam).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>

Deltagers signatur

Dersom du svarte NEI på alle de 10 spørsmålene over, behøves ingen medisinsk undersøkelse. Vennligst les og godta deltageruttalelsen under ved å signere og datere den.

Deltageruttalelse: Jeg har svart ærlig på alle spørsmålene, og forstår at jeg tar ansvar for alle konsekvenser som resultat av spørsmål jeg kan ha svart feil på eller unnlatt å opplyse om eksisterende eller tidligere helsetilstander.

Deltagers signatur (eller, dersom mindreårig, deltagers foresattes signatur)

Dato (dd/mm/åååå)

Deltagers navn (blokkbokstaver)

Fødselsdato (dd/mm/åååå)

Instruktørs navn (blokkbokstaver)

Firmanavn (blokkbokstaver)

* Dersom du svarte JA til spørsmål 3, 5 eller 10 over ELLER på noen av spørsmålene på side 2, vennligst les og si deg enig i uttalelsen over ved å signere og datere den OG ta alle tre sider av dette skjemaet (Deltakers Spørreskjema og Legens Evalueringsskjema) med til legen din for en medisinsk evaluering. Deltagelse i dykkerkurs krever godkjenning fra legen din.

Dykkermedisinsk | Deltakers Spørreskjema forts.

FELT A – JEG HAR/HAR HATT:		
Kirurgisk inngrep i brystkasse, hjerte, hjerteklaff, implantert medisinsk utstyr (f.eks. stent, pacemaker, nevrostimulator) eller en pneumothorax (punktert lunge).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Astma, tungpustethet, alvorlige allergier, pollenallergi eller tette luftveier de siste 12 måneder som begrenser min fysiske aktivitet/trening.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Et problem eller sykdom som involverer hjertet mitt som: angina, brystmerter ved anstrengelser, hjertesvikt, lungeødem, hjerteinfarkt eller slag, ELLER tar medisiner for hjertesykdom av noe slag.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Gjentagende bronkitt og hoste de siste 12 måneder, ELLER har blitt diagnostisert med emfysem.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Symptomer som har påvirket lunger, pusten, hjertet og/eller blodet de siste 30 dager som har hemmet min fysiske eller mentale ytelse.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
FELT B – JEG ER OVER 45 ÅR GAMMEL OG:		
Jeg røyker eller innhalerer nikotin på andre måter.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Jeg har høyt kolesterolnivå.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Jeg har høyt blodtrykk.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
En nær slektning av meg har dødd plutselig eller av hjertestans eller slag under 50 års alder, ELLER har tilfeller i slekten av hjertesykdom før 50 års alder (inkludert ujevn hjerterytme, koronarsykdom eller kardiomyopati)	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
FELT C – JEG HAR/HAR HATT:		
Operert bihulene de siste 6 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Operert ørene eller hatt øresykdom, hørselstap, eller problemer med balansen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Gjentagende bihulebetennelse de siste 12 måneder, eller tatt medisin for å forhindre det.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Operert øynene de siste 3 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
FELT D – JEG HAR/HAR HATT:		
Hodeskade med tap av bevisstheten de siste 5 år.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Vedvarende nevrologisk skade eller sykdom.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Gjentagende migrenehodepine de siste 12 måneder, eller tar medisin for å forhindre det.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Blackout eller besvimelse (helt/delvis tap av bevisstheten) de siste 5 år.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Epilepsi, anfall eller krampetrekninger, ELLER tar medisin for å forhindre det.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
FELT E – JEG HAR/HAR HATT:		
Adferdsmessige helseproblemer, mentale eller psykologiske problemer som krever medisinsk/psykiatrisk behandling.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Alvorlig depresjon, selvmordstanker, panikkangst, ukontrollert bipolar lidelse som krever medisinsk/psykiatrisk behandling.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Blitt diagnostisert med en mental lidelse eller lærings/utviklingslidelse som krever vedvarende pleie eller særskilt tilrettelegging.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Avhengighet av narkotiske stoffer eller alkohol som har krevet behandling de siste 5 år.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
FELT F – JEG HAR/HAR HATT:		
Gjentagende ryggproblemer de siste 6 måneder som begrenser mine daglige gjøremål.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Rygg eller ryggmargsoperasjon de siste 12 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Diabetes, enten medisin- eller diettkontrollert, ELLER svangerskapsdiabetes de siste 12 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Ukorrigert brokk som begrenser mine fysiske evner.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Aktivt eller ubehandlet magesår, problematiske sår, eller blitt operert for magesår siste 6 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
FELT G – JEG HAR HATT:		
Stomi og har ikke medisinsk klarering til å svømme eller delta i fysisk aktivitet.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Dehydrering som har krevet medisinsk behandling de siste 7 dager.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Aktivt eller ubehandlet sår i mage eller tarm eller blitt operert for sår i mage/tarm siste 6 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Ofte halsbrann, sure oppstøt, eller gastrosofageal reflukssykdom (GERD).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Aktiv eller ubehandlet ulcerøs kolitt eller Crohn's sykdom.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>
Bariatrisk kirurgi (fedmeoperasjon) de siste 12 måneder.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nei <input type="checkbox"/>