

מידע רפואי לצולל | שאלון למשתתף

צלילת מכשירים וצלילה חופשית דורשות בריאות גופנית ונפשית טובה. ישנם מצבים רפואיים אשר עלולים להוות סכנה בצלילה ברשימה המפורטת כדלהלן. מועמדים שיש להם או מועמדים בעלי נטייה לכל אחד מהתנאים הללו, צריכים להיבדק על ידי רופא. שאלון רפואי לצולל מספק בסיס לקביעת הצורך להערכה רפואית. אם יש לכם חששות לגבי כשירות הצלילה שלכם ואין זה מיוצג על גבי טופס זה, חובתכם להתייעץ עם רופא צלילה לפני תחילת הפעילות. אם אתם חולים, נבקשכם להימנע מצלילה. אם אתם חושבים שאתם נושאים מחלה מדבקת, הגנו על עצמכם ועל אחרים, בכך שלא תשתתפו בהדרכת צלילה ו / או פעילויות צלילה. המילה "צלילה" בטופס זה כוללת צלילת מיכלים וצלילה חופשית. טופס זה מהווה בעיקרון סקירה ראשונית לצוללים חדשים, ומתאים גם למועמדים לקורסי המשך. למען ביטחונכם וביטחון מועמדים אחרים שיצללו איתכם, נבקשכם לענות בכנות על כל השאלות.

שאלות

השלימו את שאלון זה כתנאי מוקדם להשתתפות בפעילות צלילת מכשירים וצלילה חופשית. הערה לנשים: אם הינך בהריון, או מנסה להיכנס להריון, נא הימנעי מצלילה.

1	יש לי בעיות עם הריאות שלי / נשימה, לב, דם, או שאובחנו עם COVID-19.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> עבור אל א טבלה א	<input type="checkbox"/> לא
2	אני מעל גיל 45.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> עבור אל ב טבלה ב	<input type="checkbox"/> לא
3	אני מתקשה לבצע פעילות גופנית מתונה (למשל, ללכת 1.6 קילומטר ב 14 דקות או לשחות 200 מטרים בלי מנוחה), או שלא הצלחתי להשתתף בפעילות גופנית רגילה בשל סיבות כושר או בריאות ב 12 חודשים האחרונים.	<input type="checkbox"/> * כן	<input type="checkbox"/> לא
4	יש לי בעיות עם העיניים, האוזניים שלי, או מעברי אף / הסינוסים.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> עבור אל תיבת ג	<input type="checkbox"/> לא
5	עברתי ניתוח במהלך 12 החודשים האחרונים, או שאני סובל מבעיות כתוצאה מניתוח בעבר.	<input type="checkbox"/> * כן	<input type="checkbox"/> לא
6	אבדתי את הכרה, סבלתי ממגרגרות וכאבי ראש, פרכוסים, שבץ, פגיעת ראש משמעותית, או סובל מפציעה או מחלה נוירולוגית מתמדת.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> עבור אל ד תיבת ד	<input type="checkbox"/> לא
7	כרגע עובר טיפול (או שזקקתי לטיפול בחמש השנים האחרונות) עבור בעיות פסיכולוגיות, הפרעת אישיות, התקפי חרדה, התמכרות לסמים או אלכוהול, או, אני כבר מאובחן עם לקות למידה.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> עבור אל ה תיבה ה	<input type="checkbox"/> לא
8	יש לי בעיות גב, בקע, כיבים, או סוכרת.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> עבור אל תיבת ו	<input type="checkbox"/> לא
9	יש לי בעיות בבטן או בעיות במעי, כולל שלשולים לאחרונה.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> עבור אל תיבת ז	<input type="checkbox"/> לא
10	אני לוקח תרופות מרשם (למעט למניעת הריון או נגד מלריה תרופות שאינן mefloquine / Lariam).	<input type="checkbox"/> * כן	<input type="checkbox"/> לא

חתימת המשתתף

אם ענית לא לכל 10 השאלות לעיל, אין צורך בהערכה רפואית. אנא קרא והסכים להצהרת המשתתף למטה על ידי חתימה ותיארוך איתו. **הצהרת משתתף:** ענית על כל השאלות בכנות, ואני מבין שאני מקבל אחריות לכל התוצאות הנובעות מכל שאלה שעשיתי עליהן באופן לא מדויק או בגלל אי גילוי מצבי בריאות קיימים או בעבר.

חתימת המשתתף (או אם קטינה נדרשת חתימת ההורה / האפוטרופוס של המשתתף).
 תאריך (יום / חודש / שנה)
 שם משתתף (הדפסה)
 שם מרכז ההדרכה (מודפס)
 שם המדריך (מודפס)

* אם ענית על כן לשאלות 3, 5 או 10 לעיל או לכל אחת מהשאלות בעמוד 2, אנא קרא והסכים להצהרה שלמעלה על ידי חתימה ורישום התאריך וקח את כל שלושת העמודים בטופס זה (שאלון המשתתף והרופא טופס הערכה) לרופא שלך לצורך הערכה רפואית. השתתפות בקורס צלילה מחייבת את אישור הרופא שלך.

מידע רפואי לצולל | המשך משתתף שאלון

תיבת א - יש לי / היה:		
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	ניתוחי חזה, ניתוחי לב, ניתוח מסתמי לב, מיקום סטנט או פנאומוטורקס (ריאה שהתמוטטה).
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	אסטמה, צפצופים, אלרגיות קשות, קדחת השחת או דרכי נשימה צפופות במהלך 12 החודשים האחרונים המגבילים את הפעילות הגופנית / הפעילות הגופנית שלי.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	בעיה או מחלה הקשורה לליבי כגון: תעוקת חזה, כאבים בחזה במאמץ, אי ספיקת לב, בצקת ריאות טבילה, התקף לב או שבץ מוחי, או נטילת תרופות לכל מצב לב.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	ברונכיטיס חוזרת ונשנית כיום בשיעור במהלך 12 החודשים האחרונים, או אבחון כחולה אמפיזמה.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	אבחנה של COVID-19.
טבלה ב - אני מעל גיל 45 ו:		
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	כרגע אני מעשן או שואף ניקוטין באמצעים אחרים.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	יש לי רמת כולסטרול גבוהה.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	יש לי לחץ דם גבוה.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	יש לי קרוב משפחה מדרגה ראשונה שמת בפתאומיות או ממחלת לב או שבץ מוחי לפני גיל 50, או שיש לי היסטוריה משפחתית של מחלות לב לפני גיל 50 (כולל מקצבי לב לא תקינים, מחלת עורקים כליליים או קרדיומיופתיה).
טבלה ג - יש לי / היה לי:		
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	ניתוח סינוסים ב 6 החודשים האחרונים.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	מחלת אוזן או ניתוח אוזניים, אובדן שמיעה, או בעיות של שיווי משקל.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	סינוסיטיס חוזר ב 12 החודשים האחרונים.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	ניתוח בעין ב 3 החודשים האחרונים.
טבלה ד - יש לי / היה לי		
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	פציעת ראש עם איבוד הכרה ב 5 השנים האחרונות.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	פגיעה או מחלה נוירולוגית מתמשכת.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	כאבי ראש חוזרים של מיגרנה במהלך 12 החודשים האחרונים, או ליטול תרופות למניעתן.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	התקליויות או התעלפות (אובדן הכרה מלא / חלקי) בחמש השנים האחרונות.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	אפילפסיה, התקפים או פרכוסים, או ליטול תרופות למניעתן.
טבלה ה - יש לי / היה:		
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	בריאות התנהגותית, בעיות נפשיות או פסיכולוגיות המצריכות טיפול רפואי / פסיכיאטרי.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	דיכאון גדול, מחשבות אובדניות, התקפי פאניקה, הפרעה דו קוטבית בלתי מבוקרת הדורשת טיפול תרופתי / טיפול פסיכיאטרי.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	אבחון כחולה במצב נפשי או הפרעת למידה / התפתחות הדורשת טיפול מתמשך.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	התמכרות לסמים או לאלכוהול הדורשים טיפול בחמש השנים האחרונות.
טבלה ו - יש לי / היה:		
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	בעיות גב חוזרות בששת החודשים האחרונים המגבילות את הפעילות היומיומית שלי.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	ניתוח גב או עמוד שדרה במהלך 12 החודשים האחרונים.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	סוכרת, סוכרת הריונית או סוכרת הריונית במהלך 12 החודשים האחרונים.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	בקע לא מתוקן המגביל את יכולותי הגופניות.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	כיבים פעילים או לא מטופלים, פצעים בעייתיים או ניתוח כיב במהלך 6 החודשים האחרונים.
טבלה ז - יש לי:		
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	ניתוח באסטומיה ואין אישור רפואי לשחייה או לעסוק בפעילות גופנית.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	התייבשות הדורשת התערבות רפואית בשבעת הימים האחרונים.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	כיבים פעילים או לא מטופלים בקיבה או במעי אי ניתוח כיב במהלך 6 החודשים האחרונים.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	צרבת תכופה, התחדשות או מחלת ריפולוקס במערכת העיכול (GERD).
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	קוליטיס כיבית פעילה או בלתי מבוקרת או מחלת קרוהן.
<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן *	ניתוח בריאטרי במהלך 12 החודשים האחרונים.

* נדרשת הערכה רפואית של רופא (ראה עמוד 1).

מידע רפואי לצולל | טופס הערכת רופא

האדם הנ"ל מבקש את דעתך לגבי התאמתו הרפואית להשתתף בפעילות צלילת מכשירים או צלילה חופשית. אנא בקר באתר uhms.org לקבלת הדרכה רפואית בנושא מצבים רפואיים בכל הקשור לצלילה. סקור את האזורים הרלוונטיים למטופל שלך כחלק מההערכה שלך.

תוצאה הערכה

מאושר - אני לא מוצא תנאים שלדעתי אינם תואמים לצלילת מכשירים או לצלילה חופשית.

לא אושר - אני מוצא תנאים שלדעתי אינם תואמים לצלילה או לצלילה חופשית.

תאריך (יום / חודש / שנה)

חתימת הרופא

תחום התמחות

שם הרופא

(הדפס)

מרפאה / בית חולים

כתובת

אימייל

טלפון

חותמת רופא/מרפאה (אופציונלי)

הוקמה על ידי הוועדה לסקר רפואי צולל בשיתוף עם הגופים הבאים:
 האגודה הרפואית התת ימי והיפרברי
 ד.א.ן. (ארה"ב)
 DAN אירופה
 אגף רפואה היפרברית, אוניברסיטת קליפורניה, סן דייגו