



Búvárorvosi | Résztevői kérdőív

TDI-SDI Hungary

A rekreációs, vagy technikai búvárkodás és a szabadtüdőös búvárkodás is jó fizikai és mentális egészséget igényel. Az alábbiakban felsorolunk néhány egészségi állapotot, amelyek veszélyesek lehetnek búvárkodás közben. Azokat, akiknél ezen állapotok bármelyike fennáll vagy hajlamosak ezekre, orvosnak kell értékelnie. Ez a Búvárorvosi / Résztevői kérdőív szükséges annak meghatározásához, hogy kell-e kérned ezt az orvosi szakvéleményt. Amennyiben bármilyen aggályod van a búvárkodással kapcsolatos olyan fizikai- vagy egészségi erőnlétteddel kapcsolatban, amely nem szerepel ebben a felsorolásban, merülés előtt konzultálj orvosoddal. Ha betegnek érzed magad, akkor kerüld a búvárkodást. Ha úgy gondolod, hogy fertőző betegséged lehet, akkor vedd magadat és másokat azzal, hogy nem veszel részt búvár tanfolyamokon és/vagy merülési tevékenységekben. A „búvárkodásra” való hivatkozás ebben a nyomtatványban magában foglalja a rekreációs, vagy technikai búvárkodást és a szabadtüdőös merülést is. Ezt a nyomtatványt elsősorban az új búvárok első orvosi szűrőjeként tervezték, de a továbbképzésen résztvevő búvárok számára is megfelelő. A saját- és az esetleg veled merülőök biztonsága érdekében a kérdőív minden kérdésére őszintén válaszolj.

Útmutatók

Rekreációs, vagy technikai búvárkodás és a szabadtüdőös merülési tanfolyam előfeltételeként töltsd ki ezt a kérdőívet.

Megjegyzés nők számára: Ha terhes vagy, esetleg most tervezel teherbe esni: **ne merülj!**

1	Problémáim voltak a tüdőmmel/légzésemmel, szívemmel, véremmel; és/vagy COVID-19-cel diagnosztizáltak.	Igen ☐ lépj tovább az „A” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
2	45 évesnél idősebb vagyok.	Igen ☐ lépj tovább az „B” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
3	Nehezen teljesítek mérsékelt fizikai megterhelést is (például 1,6 kilométer [1 mérföld] sétát 14 perc alatt, vagy 200 méter [200 yard] úszást pihenő nélkül), VAGY erőnléti vagy egészségügyi okok miatt képtelen voltam az elmúlt 12 hónapban részt venni normális testmozgásban.	Igen ☐	Nem ☐
4	Problémáim voltak a szemeimmel, füleimmel vagy orrjárataimmal/ orrmelléküregeimmel.	Igen ☐ lépj tovább az „C” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
5	Az elmúlt 12 hónapban műtétet volt, VAGY folyamatos problémám van múltbeli műtéttel kapcsolatban.	Igen ☐	Nem ☐
6	Eszméletvesztésem-, migrénes fejfájásaim/rohamaim-, sztrókom volt; jelentős fejsérülést szenvedtem, vagy tartós neurológiai sérüléstől / betegségtől szenvedtem.	Igen ☐ lépj tovább az „D” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
7	Jelenleg kezelés alatt állok (vagy az elmúlt öt évben kezelésre volt szükségem) pszichológiai problémák, személyiségzavar, pán-ikrohamok, drog- vagy alkoholfüggőség miatt; vagy diagnosztizáltak nálam tanulási nehézségeket diagnosztizáltak nálam.	Igen ☐ lépj tovább az „E” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
8	Hátproblémáim, sérvem, fekélyem volt; vagy cukorbetegségem van.	Igen ☐ lépj tovább az „F” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
9	Gyomor- vagy bélproblémáim voltak, beleértve közelmúltbeli hasmenést is.	Igen ☐ lépj tovább az „G” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
10	Vényköteles gyógyszereket szedsz (a fogamzásgátló vagy maláriaellenes gyógyszerek kivételével, amennyiben az utóbbi nem a mefloquine (Lariam).	Igen ☐	Nem ☐

A résztvevő aláírása

Ha 'NEM' volt a válasz a fenti 10 kérdésre, akkor orvosi vizsgálat nem szükséges. Kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírással fogadd el az alábbi résztvevőnyilatkozatot.

Résztevői nyilatkozat: Minden kérdésre őszintén válaszoltam, és elfogadom, hogy engem terhel a felelősség az esetlegesen pontatlanul megválaszolt kérdésekből vagy a meglévő vagy korábbi egészségügyi körülmények közlésének elmulasztásából eredő valamennyi következményért.

A résztvevő aláírása (vagy kiskorú résztvevő esetén a szülő/gyám aláírása szükséges).

Dátum: (éééé/hh/nn)

Résztevő neve (nyomtatott betűkkel)

Születési idő (éééé/hh/nn)

Oktató neve (nyomtatott betűkkel)

Létesítmény neve: (nyomtatott betűkkel)

*** Ha válaszod IGEN volt a fenti 3., 5. vagy 10. kérdésre VAGY a 2. oldalon található bármelyik kérdésre, kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírással fogadd el a fenti résztvevői nyilatkozatot, **ÉS ennek a nyomtatványnak mindhárom oldalát (Résztevői Kérdőív és Orvos Értékelő Lapja) vidd magaddal orvosodhoz** orvosi értékelés céljából. A búvárkurzuson való részvételhez az orvos jóváhagyása szükséges.**

„A” KÉRDÉSCSOPORT – VAN / MÁR VOLT:

Mellkasi műtét, szívűműtét, szívbillentyű műtét, stent behelyezésem vagy légmellel (atelektázia).	Igen ☐	Nem ☐
Fizikai aktivitásomat, testmozgásomat korlátozó asztmám, nehéz lélegzésem, súlyos allergiám, szénanáthám vagy elzáródott légutam az elmúlt 12 hónapban.	Igen ☐	Nem ☐
A szívemet érintő problémám vagy betegségem, például: angina, mellkasi fájdalom terheléskor, szívégtelenség, merülés okozta tüdő ödéma, szívroham vagy sztrók; VAGY gyógyszert szedek bármilyen szívbetegségre.	Igen ☐	Nem ☐
Az elmúlt 12 hónapban visszatérő hörghurutom volt és jelenleg is köhögők, VAGY emfizémát diagnosztizáltak nálam.	Igen ☐	Nem ☐
COVID-19-t diagnosztizáltak nálam.	Igen ☐	Nem ☐

„B” KÉRDÉSCSOPORT – 45 ÉVESNÉL IDŐSEBB VAGYOK ÉS:

Jelenleg dohányzom, vagy más módon nikotint lélegezem be.	Igen ☐	Nem ☐
Magas a koleszterinszintem.	Igen ☐	Nem ☐
Magas a vérnyomásom.	Igen ☐	Nem ☐
Volt olyan közeli vérrokonom, aki 50 éves kora előtt hirtelen szívbetegségben vagy sztrókbán halt meg, VAGY családomban 50 éves életkor előtt előfordult szívbetegség (beleértve rendellenes szívritmusokat, koszorúér-betegséget vagy kardiomiopátiát is).	Igen ☐	Nem ☐

„C” KÉRDÉSCSOPORT – VAN / MÁR VOLT:

Melléküregi műtétem az elmúlt 6 hónapban.	Igen ☐	Nem ☐
Fülbetegségem vagy fülműtétem, halláscsökkenésem vagy egyensúly problémáim.	Igen ☐	Nem ☐
Visszatérő melléküregi gyulladásaim az elmúlt 12 hónapban.	Igen ☐	Nem ☐
Szemműtétem az elmúlt 3 hónapban.	Igen ☐	Nem ☐

„D” KÉRDÉSCSOPORT – VAN / MÁR VOLT:

Eszméletvesztéses fejsérülés az elmúlt 5 évben.	Igen ☐	Nem ☐
Tartós idegrendszeri sérülés vagy betegségem.	Igen ☐	Nem ☐
Ismétlődő migrén fejfájásaim az elmúlt 12 hónapban, vagy azok megelőzésére gyógyszereket szedtem/szedek.	Igen ☐	Nem ☐
Rövid ájulásom vagy eszméletvesztésem (teljes/részleges eszméletvesztés) az elmúlt 5 évben.	Igen ☐	Nem ☐
Epilepsziás rohamaim, görcseim, VAGY gyógyszereket szednek azok megelőzésére.	Igen ☐	Nem ☐

„E” KÉRDÉSCSOPORT – VAN / MÁR VOLT:

Viselkedési-, mentális- vagy pszichológiai problémáim, amelyek orvosi/pszichiátriai kezelést igényelnek.	Igen ☐	Nem ☐
Súlyos depresszióm, öngyilkossági gondolataim, pánikrohamaim, ellenőrizetlen bipoláris rendellenességem, amely gyógyszer/ pszichiátriai kezelést igényel.	Igen ☐	Nem ☐
Diagnosztizált mentális egészségi állapotváltozásom vagy folyamatos gondozást igénylő tanulási/fejlődési rendellenességem.	Igen ☐	Nem ☐
Kezelést igénylő kábítószer- vagy alkoholfüggőségem az elmúlt 5 évben.	Igen ☐	Nem ☐

„F” KÉRDÉSCSOPORT – VAN / MÁR VOLT:

Olyan visszatérő hátp problémáim az elmúlt 6 hónapban, amelyek korlátozzák a mindennapi tevékenységeimet.	Igen ☐	Nem ☐
Hát- vagy gerincműtét az elmúlt 12 hónapban.	Igen ☐	Nem ☐
Cukorbetegségem, akár gyógyszer-, akár étrend-kontrollált, VAGY az elmúlt 12 hónapban terhességi cukorbetegségem.	Igen ☐	Nem ☐
Nem kezelt sérvem, amely korlátozza a fizikai képességeimet.	Igen ☐	Nem ☐
Aktív vagy kezeletlen fekélyeim, problémás sebeim vagy fekélyműtéteim az elmúlt 6 hónapban.	Igen ☐	Nem ☐

„G” KÉRDÉSCSOPORT – VAN / MÁR VOLT:

Sztóma-operáció, és nincs orvosi engedélyem úszásra vagy fizikai tevékenységet folytatására.	Igen ☐	Nem ☐
Olyan dehidráció, az elmúlt 7 napban, amely orvosi beavatkozást igényelt.	Igen ☐	Nem ☐
Aktív vagy kezeletlen gyomor- vagy bélfekélyem, vagy fekélyműtét az elmúlt 6 hónapban.	Igen ☐	Nem ☐
Gyakori gyomorerégésem, regurgitáció, vagy gyomorral-, nyelőcsővel összefüggő reflux betegségem (GERD).	Igen ☐	Nem ☐
Aktív vagy ellenőrizetlen fekélyes vastagbélgyulladásom vagy Crohn-betegségem.	Igen ☐	Nem ☐
Bariatria műtét (bypass, gyomorbalon, gyomorgyűrű, gyomorszűkítés, stb.) az elmúlt 12 hónapban.	Igen ☐	Nem ☐

A résztvevő neve:

Születési ideje:

(nyomtatott betűkkel)

dátum (éééé/hh/nn)

A fent említett személy az Ön véleményét kéri arról, hogy alkalmas-e egészségileg rekreációs, technikai búvárkodásban, vagy a szabadtüdős búvárkodásban, vagy oktatásában, tevékenységben való részvételhez. Kérjük, hogy a búvárkodással összefüggő egészségügyi állapotokkal kapcsolatos útmutatásokért keresse fel az uhms.org honlapot. Az értékelés részeként tekintse át a páciensével kapcsolatos bekezdéseket.

Értékelési eredmény

- ☐ **Jóváhagyom** – nem találok olyan körülményeket, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs, technikai, vagy a szabadtüdős búvárkodással.
- ☐ **Nem hagyom jóvá** – olyan körülményeket találok, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs, technikai, vagy a szabadtüdős búvárkodással.

Orvos aláírása

dátuma (éééé/hh/nn)

Orvos neve:

Szakterülete:

(nyomtatott betűkkel)

Rendelő / Klinika / Kórház:

Cím:

Telefon:

E-mail cím:

Orvos / intézmény bélyegzője (opcionális)

Létrehozva a [Diver Medical Screen Committee](#) által a következő testületekkel együttműködésben:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego