



Medicinski karton ronioca | Upitnik za polaznika

Rekreativno ronjenje i ronjenje na dah zahtijevaju dobro fizičko i psihičko zdravlje. Zdravstvena stanja koja mogu biti opasna tijekom ronjenja, navedena su u nastavku. Oni koji imaju, ili su predisponirani za bilo koje od ovih stanja, trebaju procjenu liječnika. Ovaj Zdravstveni upitnik za kandidata ronioca, pruža osnovu za određivanje treba li potražiti tu procjenu. Ako imate bilo kakvih nedoumica u vezi s vašom spremnošću za ronjenje, a vaše zdravstveno stanje nije navedeno na ovom obrascu, prije ronjenja posavjetujte se s liječnikom. Ako se osjećate loše, izbjegavajte ronjenje. Ako mislite da imate zaraznu bolest, zaštitite sebe i druge tako da ne sudjelujete u obuci ronjenja i/ili ronilačkim aktivnostima. Pod "ronjenjem" u ovom obrascu obuhvaćaju se i rekreativno scuba ronjenje i ronjenje na dah. Ovaj je obrazac uglavnom osmišljena kao početna medicinska provjera za nove ronioce, ali je također prikladan za ronioce koji nastavljaju kontinuirano obrazovanje. Zbog vaše sigurnosti i sigurnosti drugih, koji mogu roniti s vama, iskreno odgovorite na sva pitanja.

Upute

Ispunjavanje ovog upitnika obavezno je za pristup tečaju scuba ronjenja ili ronjenja na dah.

Napomena za žene: Ako ste trudni ili pokušavate ostati trudni, ne ronite.

1	Imao sam problema s plućima, disanjem, srcem i/ili krvlju koji su utjecali na moje normalne fizičke ili mentalne performanse.	<input type="checkbox"/> Da Idite na polje A	<input type="checkbox"/> Ne
2	Imam preko 45 godina.	<input type="checkbox"/> Da Idite na polje B	<input type="checkbox"/> Ne
3	Imam probleme pri srednje teškom naporu (na primjer, hodanje 1.6 kilometara/jednu milju za 14 minuta ili plivanje 200 metara/yardi bez odmora), ILI nisam mogao sudjelovati u normalnim fizičkim aktivnostima kadbi kondicijskih ili zdravstvenih razloga unutar zadnjih 12 mjeseci.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
4	Imao sam problema s očima, ušima, ili nosnim prolazima/sinusuima.	<input type="checkbox"/> Da Idite na polje C	<input type="checkbox"/> Ne
5	Imao sam operaciju unatrag 12 mjeseci, ILI imam probleme vezane za prethodnu operaciju.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
6	Imao sam gubitak svijesti, napade migrene, neurološki napadaj, moždani udar, težu ozljedu glave, ili imam trajnu neurološku ozljedu ili bolest.	<input type="checkbox"/> Da Idite na polje D	<input type="checkbox"/> Ne
7	Trenutno sam na liječenju (ili mi je bilo potrebno liječenje u zadnjih pet godina) zbog psihičkih problema, poremećaja osobnosti, napadaja panike ili ovisnosti o drogama ili alkoholu; ili mi je dijagnosticiran poremećaj u učenju ili razvoju.	<input type="checkbox"/> Da Idite na polje E	<input type="checkbox"/> Ne
8	Imao sam problema s leđima, kilom, čirevima, ili dijabetesom.	<input type="checkbox"/> Da Idite na polje F	<input type="checkbox"/> Ne
9	Imao sam problema sa želucem ili crijevima, uključujući nedavni proljev.	<input type="checkbox"/> Da Idite na polje G	<input type="checkbox"/> Ne
10	Uzimam lijekove na recept (s iznimkom kontracepcijskih ili lijekova protiv malarije osim meflokina (Lariam).	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne

Potpis polaznika

Ako ste na svih 10 pitanja odgovorili NE, liječnička procjena nije potrebna. Molimo pročitajte i složite se s izjavom sudionika ispod tako što ćete je potpisati i datirati.

Izjava polaznika: Odgovorio sam na sva pitanja točno, i razumijem da prihvaćam odgovornost za posljedice proizašle iz mog netočnog odgovora ili mog propusta da ukažem na bilo koje postojeće ili prošlo zdravstveno stanje.

Potpis sudionika (ili, ako je maloljetnik, potreban je potpis roditelja/staratelja sudionika.)

Ime polaznika (štampano)

Ime instruktora (štampano)

Datum (dan/mjesec/godina)

Datum rođenja (DD/MM/GG)

Naziv centra/kluba

* Ako ste odgovorili DA na gornja pitanja 3, 5 ili 10 ILI na bilo koje pitanje na stranici 2, molimo pročitajte i složite se s gornjom izjavom uz potpis i datum i odnesite sve tri stranice ovog obrasca (Upitnik polaznika i Liječničko mišljenje) vašem liječniku radi zdravstvene procjene. Sudjelovanje u ronilačkom tečaju zahtijeva suglasnost vašeg liječnika.

Datum verzije: 2022-02-01 1 od 3 © 2020

Medicinski karton ronioca | Upitnik za polaznika, nastavak

POLJE A – IMAO/IMAO SAM:

Operacija prsnog koša, operacija srca, operacija srčanih zalistaka, implantabilni medicinski uređaj (npr. stent, pacemaker, neurostimulator), pneumotoraks i/ili kronična bolest pluća.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Astmu, teško disanje, teže alergije, visoku temperaturu ili začepljenje dišnih puteva unatrag 12 mjeseci što mi je ograničavalo fizičke aktivnosti/vježbu.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Problem ili bolest koja uključuje srce kao: angina, bolovi u prsima pri naporu, zatajenje srca, vlažni edem pluća, srčani napad ili udar, ILI uzimam lijekove za bilo koju srčanu bolest.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Učestale bronhitise unazad 12 mjeseci ili trenutno kašljem, ILI mi je postavljena dijagnoza emfizema.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Simptome koji utječu na moja pluća, disanje, srce i/ili krv u zadnjih 30 dana, a koji umanjuju moju fizičku ili mentalnu sposobnost.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne

POLJE B – IMAM STARIJIH OD 45 GODINA I:

Trenutno pušim ili inhaliram nikotin na drugi način.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Imam visoki kolesterol.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Imam visoki krvni tlak.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Imao sam bliskog krvnog srodnika koji je naglo umro od bolesti srca ili udara prije 50 godina starosti, ILI imam u obitelji povijest bolesti srca prije 50 godina starosti (uključujući nenormalni srčani ritam, bolest srčanih arterija ili kardiomiopatiju).	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne

POLJE C – IMAO/IMAO SAM:

Operaciju sinusa unatrag 6 mjeseci.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Bolesti uha ili operaciju uha, gubitak sluha, ili probleme s ravnotežom.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Povratne upale sinusa u zadnjih 12 mjeseci.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Operaciju oka unatrag 3 mjeseci.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne

POLJE D – IMAO/IMALA SAM:

Ozljeđu glave s gubitkom svijesti u zadnjih 5 godina.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Trajno neurološko oštećenje ili bolest.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Učestale migrene u zadnjih 12 mjeseci, ili uzimam lijekove za sprječavanje migrene.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Nesvjesticke ili omaglice (potpuni/djelomični gubitak svijesti) u zadnjih 5 godina.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Epilepsiju, napadaje ili konvulzije, ILI uzimam lijekove za sprječavanje.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne

POLJE E – IMAO/IMAO SAM:

Probleme u ponašanju, mentalne ili psihološke probleme koji su zahtijevali medicinski/psihijatrijski tretman.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Izraženu depresiju, samoubilačke namjere, napade panike, nekontrolirani bipolarni poremećaj koji je zahtijevao medicinski/psihijatrijski tretman.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Dijagnosticiran mi je poremećaj mentalnog zdravlja ili poremećaj učenja/razvoja koji zahtijeva stalnu njegu ili poseban smještaj.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Ovisnost o drogama ili alkoholu koja je zahtijevala liječenje unazad 5 godina.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne

POLJE F – IMAO/IMAO SAM:

Učestale probleme s leđima u zadnjih 6 mjeseci, koji su ograničavali moju svakodnevnu aktivnost.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Operaciju leđa ili leđne moždine u zadnjih 12 mjeseci.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Dijabetes, kontroliran lijekovima ili dijetom, ILI gestacijski dijabetes u posljednjih 12 mjeseci.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Nekorigiranu kilu koja ograničava moje fizičke sposobnosti.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Aktivni ili neliječeni čir, probleme s ranama, operaciju čira unazad 6 mjeseci.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne

POLJE G – IMAO SAM:

Operaciju stome i nemam dozvolu liječnika za plivanje ili sudjelovanje u fizičkim aktivnostima.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Dehidraciju koja je zahtijevala medicinsko liječenje u zadnjih 7 dana.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Aktivni ili neliječeni čir na želucu ili crijevima ili operaciju čira u zadnjih 6 mjeseci.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Česte žgaravice, regurgitaciju, ili gastroezofagealni refluks (GERB).	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Aktivni ili nekontrolirani ulcerativni kolitis ili Crohnovu bolest.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne
Operaciju želuca u zadnjih 12 mjeseci.	<input type="checkbox"/> Da *	<input type="checkbox"/> Ne

*Potrebna je liječnička procjena (vidi stranicu 1). 2 od 3 © 2020



Ime polaznika

(Ispis)

Datum rođenja (dan/mjesec/godina)

Datum (dan/mjesec/godina)

Medicinski karton ronioca | Liječničko mišljenje

Gore navedena osoba treba vaše mišljenje o njezinoj/njegovoj zdravstvenoj sposobnosti za sudjelovanje na tečaju rekreativnog scuba ronjenja ili ronjenja na dah. Posjetite uhms.org za medicinske smjernice o zdravstvenim stanjima koja se odnose na ronjenje. Pregledajte područja relevantna za vašeg pacijenta kao dio vaše procjene.

Rezultati procjene

- Sposoban – Nisam našao stanja koja smatram nespojiva s rekreativnim scuba ronjenjem ili ronjenjem na dah.
- Nije sposoban – Našao sam stanja koja smatram nespojiva s rekreativnim scuba ronjenjem ili ronjenjem na dah.

Potpis ovlaštenog liječnika ili drugog pravno ovlaštenog pružatelja zdravstvenih usluga

Datum (dan/mjesec/godina)

Ime liječnika

(Ispis)

Kliničke diplome/vjerodajnice

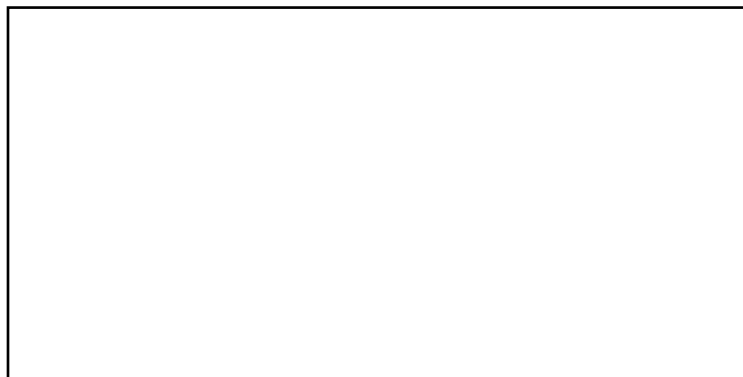
Klinika/bolnica

Adresa

Telefon

Email

Pečat liječnika/Klinike (opcija)



Izradio Diver Medical Screen Committee u suradnji sa slijedećim tijelima:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (SAD)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

© DMSC 2020