



(הערה: טופס זה מכיל פרטים רפואיים אישיים ולאחר מילוי מוגדר המידע בו כחסוי)
 (ההנחיות המופיעות בטופס זה מנסחות בלשון זכר מתייחסות ומחייבות גם צוללים או מועמדים ממין נקבה)
הצהרה על סטטוס רפואי – כשירות לצלילה במערכות SCUBA בקורסי SDI

נא לקרוא בעיון לפני מילוי וחימה!!!

הצהרה זו מכילה מידע על סיכונים אפשריים בצלילת מיכלים (SCUBA) ועל הנדרש ממך המועמד לקורס הצלילה במשך הקורס וכתנאי כשירות רפואית לכניסה לקורס. חתימתך נדרשת על מנת לאפשר את השתתפותך בקורס הצלילה של SDI הנערך ב:

בית ספר לצלילה _____ בכתובת _____ על ידי המדריך _____ מ SDI # _____
 על מנת להמשיך בתהליך עליך לחתום על ההצהרה הרפואית ועל טופס השחרור מאחריות. במידה והנך קטין על פי החוק עליך להחתים הורה/אפוטרופוס על הצהרה זו. קרא היטב את ההצהרה וברר היטב את הנתונים הנדרשים לחתימתך. הצלילה הנה פעילות הדורשת כשירות רפואית המונעת פגיעות בגוף ובבריאות העוסקים בה בתנאי שלכשירות זו מתלווה התנהגות על פי כל הכללים והטכניקות הנלמדים בקורס הצלילה ועל פי הסטנדרטים של ארגון הצלילה SDI. על מנת לצלול בבטחה – עליך לא להיות שמן באופן חריג או בעל חוסר כושר גופני לחלוטין, מערכות הנשימה וחילוף החומרים שלך חייבות להיות במצב בריאותי תקין, אדם עם מבעיות לב, חולה בשפעת תקופתית בעל עבר של אסטמה, מחלות נפילה או תחלואות חמורות אחרות או נמצא תחת השפעת אלכוהול /או סמים – אסור לו לצלול. אם הנך בטיפול תרופתי-התייעץ עם הרופא או עם מדריך הצלילה שלך. בקורס הצלילה תלמד על כל ההשפעות של הצלילה על גוף האדם, השפעות הלחץ התת מימי נשימה מתחת לפני המים כמו גם השוואת הלחצים ושימוש בציוד צלילה. שימוש לא נכון בציוד עלול לגרום לפגיעה חמורה בבריאותך הקפד למלא אחר כל ההוראות בנושא זה ובנושאים אחרים כפי שתידרש. מדריך הצלילה עומד לרשותך להבהרות באשר להצהרה רפואית זו – העזר בו לפני שהנך חותם.

פרטים אישיים מועמד לקורס צלילה SDI .

(אנא מלא הפרטים באופן ברור וקריא)
 שם פרטי _____ משפחה _____ מין _____ גיל _____ תאריך לידה _____
 ת.ז. _____ גובה _____ ס"מ _____ משקל _____ ק"ג _____

MEDICAL HISTORY – היסטוריה רפואית

הנחיות למילוי ההצהרה:

מילוי שאלון זה הנו למטרת ברור האם יש צורך שתיבדק על ידי רופא לפני השתתפותך בקורס הצלילה.
מענה חיובי / תשובת "כן" לאחת מהשאלות המופיעות ברשימה – אינו פוסל אותך באופן אוטומטי לצלילה, אלא, מצביע על מצב בו הנך נדרש לחוות דעת של רופא על מנת להמליץ סופית על כשירותך ללמוד צלילה מכשירים.
עליך לענות על השאלות במקום הריק המיועד לכך בתשובה כן או לא. אם אינך בטוח בתשובה עדיף שתתייעץ במדריך או שתענה ב- כן ועל ידי כך תופנה לקבלת חוות דעת של רופא – מדריך הצלילה יצייד אותך בטופס המתאים ויפנה אותך לרופא המתאים.

- | | | | |
|--|--------|--|--------|
| 1. האם יש לך עבר של בדיקות / מיפוי לחץ דם / לב | ק / לא | 19. האם הנך סובל מבעיות רגשיות/מחלת עצבים או נזקקת לטיפול רפואי בשל בעיות שכאלה? | ק / לא |
| 2. האם עברת ניתוח | ק / לא | 20. האם נפצעת באופן חמור | ק / לא |
| 3. האם אושפזת בבית חולים ומאיז סיבה / סיבות | ק / לא | 21. האם הנך לוקח תרופות כלשהן באופן קבוע ? | ק / לא |
| 4. האם יש לך נכות פיזית כל שהיא | ק / לא | 22. האם הנך סובל מהצטננויות תכופות | ק / לא |
| 5. האם הנך אלרגי (כולל אלרגיה לתרופות כלשהן) | ק / לא | 23. האם אינך יכול לבצע פעילות כלשהי מסיבות רפואיות | ק / לא |
| 6. האם יש לך עבר של כאבי ראש כרוניים / תכופים | ק / לא | 24. האם הנך סובל ממחלות או דלקות/ הפרעות בסינוסים | ק / לא |
| 7. האם הנך סובל מאלרגיות – (קדחת השחת) | ק / לא | 25. האם הנך סובל מקלאוסטרופוביה ? | ק / לא |
| 8. האם יש לך עבר של מחלת ים | ק / לא | 26. האם יש לך עבר של דלקות אוזניים , בעיות שמיעה, או בעיות אחרות באוזניים ? | ק / לא |
| 9. האם הנך מרכיב עדשות מגע קשות | ק / לא | 27. האם יש לך בעיות בהשוואת לחצים | ק / לא |
| 10. האם הנך שותה אלכוהול לשכרה ? | ק / לא | 28. האם יש לך עבר של מחלת נפילה – אפילפסיה ? | ק / לא |
| 11. האם יש לך שיניים תותבות ? | ק / לא | 29. האם היית או הנך חולה באסטמה (קצרת) | ק / לא |
| 12. האם יש לך עבר של התעלפויות או טשטוש חושים ? | ק / לא | 30. האם יש לך בעיות נשימה במאמץ קל | ק / לא |
| 13. האם יש לך עבר של בעיות בלב/ מחלות לב. | ק / לא | 31. האם יש לך שיעול קבוע | ק / לא |
| 14. האם יש לך הפרעות ראייה (קוצר ראייה מעל 5 דיאופטיות, מחלת רשתית) | ק / לא | 32. האם יש לך כאבים בחזה באופן קבוע / שגרתי? | ק / לא |
| 15. האם הנך סובל מסוכרת | ק / לא | 33. האם את בהריון | ק / לא |
| 16. האם הנך משתמש בסמים | ק / לא | 34. האם הנך סובל ממחלת ברונוכיטיס | ק / לא |
| 17. האם אתה מעל גיל 40 ? | ק / לא | 36. מחלה כלשהי שלא נרשמה ברשימה הנ"ל | ק / לא |
| 18. האם הנך סובל מלחץ דם גבוה ? | ק / לא | | |

הערות תוספות:

האינפורמציה שמסרתי לגבי ההיסטוריה הרפואית שלי הנה מדויקת למיטב ידיעתי והבנתי

חתימת החניך: _____
 שם הורה / אפוטרופוס _____ חתימה _____
 אם החניך קטין (מתחת לגיל 18 נדרשת חתימת הורה אפוטרופוס

חוות דעת הרופא:

עברתי על ההנחיות המצורפות לבדיקה רפואית של צוללים חובבים להלן מסקנותי:
 אינני מוצא מצב רפואי המונע צלילה מאדם זה.
 אינני ממליץ על אדם זה ככשיר רפואית וגופנית לצלילה

ד"ר _____ תאריך _____
 חתימת רופא _____
 שם הרופא _____ כתובת: _____ טלפון _____