

## 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 ne sudjelujući na tečajevima ronjenja i / ili ronjenju. Pod "ronjenjem" u ovom obrascu obuhvaćaju se i rekreativno ronjenje i ronjenje na dah. Ovaj je forma 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 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, krvnom slikom, ili sam imao dijagnozu COVID-19.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks <b>A</b>	Ne <input type="checkbox"/>
2	Imam preko 45 godina.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks <b>B</b>	Ne <input type="checkbox"/>
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 kadri kondicijskih ili zdravstvenih razloga unutar zadnjih 12 mjeseci.	Da <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
4	Imao sam problema s očima, ušima, ili nosnim prolazima/sinusuima.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks <b>C</b>	Ne <input type="checkbox"/>
5	Imao sam operaciju unatrag 12 mjeseci, ILI imam probleme vezane za prethodnu operaciju.	Da <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
6	Imao sam gubitak svijesti, napade migrene, neurološki napadaj, moždani udar, težu ozljedu glave, ili imam trajnu neurološku ozljedu ili bolest.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks <b>D</b>	Ne <input type="checkbox"/>
7	Trenutno se liječim (ili sam liječen/a u posljednjih pet godina) zbog psiholoških problema, poremećaja ličnosti, napadaja panike ili ovisnosti o drogama ili alkoholu; ili su mi dijagnosticirane učenju ili razvoju.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks <b>E</b>	Ne <input type="checkbox"/>
8	Imao sam problema s leđima, kilom, čirevima, ili dijabetesom.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks <b>F</b>	Ne <input type="checkbox"/>
9	Imao sam problema sa želucem ili crijevima, uključujući nedavni proljev.	Da <input type="checkbox"/> Idite u boks <b>G</b>	Ne <input type="checkbox"/>
10	Uzimam propisane lijekove (s izuzećem tableta za kontracepciju ili lijekove protiv malarije osim mefloquina (Lariam).	Da <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>

### Potpis polaznika

**Ako ste odgovorili NE** na svih 10 gore navedenih pitanja, zdravstveni pregled nije obavezan. Molimo da pročitate i složite se s niže navedenom izjavom polaznika stavljajući svoj potpis i datum.

**Izjava polaznika:** Odgovorio sam da 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 polaznika (ili, za maloljetne, obavezan je potpis roditelja/staratelja.)

\_\_\_\_\_  
Datum dd/mm/gggg dd(dd/mm/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Ime polaznika (Štampano)

\_\_\_\_\_  
Datum rođenja dd/mm/ggg (dd/mm/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Ime instruktora (štampano)

\_\_\_\_\_  
Naziv centra/kluba

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

## Medicinski karton ronioca | Upitnik za polaznika, nastavak

<b>BOKS A IMAM/IMAO SAM:</b>		
Operaciju na prsima, operaciju srca, operaciju srčanih zalistaka, ugrađen medicinski dio (npr, prenosnicu, pacemaker, neurostimulator) ili pneumotoraks kolaps pluća).	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Astmu, teško disanje, teže alergije, visoku temperaturu ili začepljenje dišnih puteva unatrag 12 mjeseci što mi je ograničavalo fizičke aktivnosti/vježbu.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
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.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Učestale bronhitise unazad 12 mjeseci ili trenutno kašljem, ILI mi je postavljena dijagnoza emfizema.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Dijagnosticiran mi je COVID-19.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>

<b>BOKS B – IMAM PREKO 45 GODINA STAROSTI I:</b>		
Trenutno pušim ili inhaliram nikotin na drugi način.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Imam visoki kolesterol.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Imam visoki krvni tlak.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
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).	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>

<b>BOKS C – IMAM/IMAO SAM:</b>		
Operaciju sinusa unatrag 6 mjeseci.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Bolesti uha ili operaciju uha, gubitak sluha, ili probleme s ravnotežom.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Povratne upale sinusa u zadnjih 12 mjeseci.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Operaciju oka unatrag 3 mjeseci.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>

<b>BOKS D – IMAM/IMAO SAM:</b>		
Ozljedu glave s gubitkom svijesti u zadnjih 5 godina.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Trajno neurološko oštećenje ili bolest.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Učestale migrene u zadnjih 12 mjeseci, ili uzimam lijekove za sprječavanje migrene.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Nesvjestice ili omaglice (potpuni/djelomični gubitak svijesti) u zadnjih 5 godina.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Epilepsiju, napadaje ili konvulzije, ILI uzimam lijekove za sprječavanje.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>

<b>BOKS E – IMAM/IMAO SAM:</b>		
Probleme u ponašanju, mentalne ili psihološke probleme koji su zahtijevali medicinski/psihijatrijski tretman.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Izraženu depresiju, samoubilačke namjere, napade panike, nekontrolirani bipolarni poremećaj koji je zahtijevao medicinski/psihijatrijski tretman.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Postavljena mi je dijagnoza psihološkog stanja ili poremećaj učenja/razvoja koji zahtijeva tretman ili poseban smještaj.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Ovisnost o drogama ili alkoholu koja je zahtijevala liječenje unazad 5 godina.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>

<b>BOKS F – IMAM/IMAO SAM:</b>		
Učestale probleme s leđima u zadnjih 6 mjeseci, koji su ograničavali moju svakodnevnu aktivnost.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Operaciju leđa ili leđne moždine u zadnjih 12 mjeseci.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Dijabetes, bilo da se kontrolira lijekovima ili dijetom, ILI gestacijski dijabetes unutar zadnjih 12 mjeseci.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Nekorigiranu kilu koja ograničava moje fizičke sposobnosti.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Aktivni ili neliječeni čir, probleme s ranama, operaciju čira unazad 6 mjeseci.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>

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

# Medicinski karton ronioca | Obrazac procjene liječnika

Ime polaznika

Datum rođenja

(Štampano)

Datum (dd/mm/gggg)

Gore navedena osoba treba vaše mišljenje o njezinoj/njegovoj zdravstvenoj sposobnosti za sudjelovanje na tečaju rekreativnog scuba ronjenja ili ronjenja na dah. Molimo posjetite stranicu [uhms.org](http://uhms.org) za smjernice o tome kako zdravstvena stanja utječu na ronjenje. Pogledajte područja važna za vašeg pacijenta kao dio svoje 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 certificiranog doktora medicine ili drugog certificiranog pružatelja zdravstvene usluge

Datum (dd/mm/gggg)

Osoba koja je izvršila pregled

Specijalnost

(Štampano)

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 (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**