



## Medikal ng Diver | Talatanungan ng Kalahok

Ang panlibangang scuba diving at freediving ay nangangailangan ng maayos na kalusugang pisikal at kaisipan. Mayroong ilang mga kondisyong medikal na maaaring mapanganib habang nagda-dive, na nakalista sa ibaba. Ang mga mayroon, o may naghahantad sa, alinman sa mga kundisyong ito, ay dapat suriin ng isang manggagamot. Ang Talatanungang Medikal ng Kalahok na Diver na ito ay nagbibigay ng batayan upang matukoy kung dapat mong hanapin ang pagsusuring iyon. Kung mayroon kang anumang mga alalahanin tungkol sa iyong kalakasan sa pagda-dive na hindi nakalista sa form na ito, kumunsulta sa iyong manggagamot bago mag-dive. Kung ikaw ay may sakit, iwasan ang pagda-dive. Kung sa tingin mo ay mayroon kang nakahahawang sakit, protektahan ang iyong sarili at ang iba sa pamamagitan ng hindi pagsali sa pagsasanay sa pagdadive at/o mga aktibidad sa pagda-dive. Ang mga tinutukoy sa "pagda-dive" sa form na ito ay sumasaklaw sa parehong panlibangang scuba diving at freediving. Ang form na ito ay pangunahing idinisenyo bilang isang paunang medikal na pagsusuri para sa mga bagong diver, ngunit angkop din para sa mga diver na kumukuha ng patuloy na edukasyon. Para sa iyong kaligtasan, at ng iba pang maaaring mag-dive kasama ka, sagutin nang tapat ang lahat ng tanong.

### Mga direksyon

**Kumpletuhin ang talatanungang ito bilang paunang kinakailangan sa isang kursong panlibangang scuba diving o freediving. Paalala sa mga kababaihan: Kung ikaw ay buntis, o sinusubukang magbuntis, huwag mag-dive.**

1	Nagkaroon ako ng mga problema sa aking mga baga, paghinga, puso at/o dugo na nakakaapekto sa normal kong pisikal o kaisipang pagganap.	OO <input type="checkbox"/> pumunta sa box <b>A #</b>	Hindi <input type="checkbox"/> #
2	Ako ay higit sa 45 taong gulang.	OO <input type="checkbox"/> pumunta sa box <b>B #</b>	Hindi <input type="checkbox"/> #
3	Nahihirapan akong magsagawa ng katamtamang ehersisyo (halimbawa, maglakad ng 1.6 kilometro/isang milya sa loob ng 14 minuto o lumangoy ng 200 metro/yarda nang hindi nagpapahinga), O hindi ako nakasal sa isang normal na pisikal na aktibidad dahil sa lakas ng katawan o kalusugan sa nakaraang 12 buwan.	OO <input type="checkbox"/> *	Hindi <input type="checkbox"/> #
4	Nagkaroon ako ng mga problema sa aking mga mata, tainga, o mga daanan ng ilong/sinus.	OO <input type="checkbox"/> pumunta sa box <b>C #</b>	Hindi <input type="checkbox"/> #
5	Naoperahan ako sa loob ng nakaraang 12 buwan, O mayroon akong mga patuloy na problema na nauugnay sa nakaraang operasyon.	OO <input type="checkbox"/> *	Hindi <input type="checkbox"/> #
6	Nawalan ako ng malay, nagkaroon ng migraine o matinding sakit ng ulo, kombulsyon, stroke, matinding pinsala sa ulo, o dumaranas ng patuloy na pinsala sa neurologic o sakit.	OO <input type="checkbox"/> pumunta sa box <b>D #</b>	Hindi <input type="checkbox"/> #
7	Kasalukuyan akong sumasailalim sa pagpapa-gamot (o nangangailangan ng pagpapa-gamot sa loob ng huling limang taon) para sa mga problemang sikolohikal, diperensiya ng personalidad, atake sa pagkataranta, o pagkalulon sa droga o alkohol; o, ako ay nasuri na may kapansanan sa pag-aaral o pag-unlad.	OO <input type="checkbox"/> pumunta sa box <b>E #</b>	Hindi <input type="checkbox"/> #
8	Nagkaroon ako ng mga problema sa likod, luslos, ulser, o diabetes.	OO <input type="checkbox"/> pumunta sa box <b>F #</b>	Hindi <input type="checkbox"/> #
9	Nagkaroon ako ng mga problema sa tiyan o bituka, kabilang ang pagtatae kamakailan.	OO <input type="checkbox"/> pumunta sa box <b>G #</b>	Hindi <input type="checkbox"/> #
10	Umiinom ako ng mga iniresetang gamot (maliban sa pagpigil sa pagaanak o gamot laban sa malaria maliban sa mefloquine (Lariam)).	OO <input type="checkbox"/> *	Hindi <input type="checkbox"/> #

### Lagda ng Kalahok

**Kung sumagot ka ng HINDI** sa lahat ng 10 tanong sa itaas, hindi kinakailangan ang isang medikal na pagsusuri. Mangyaring basahin at sang-ayunan ang pahayag ng kalahok sa ibaba sa pamamagitan ng pagpirma at paglagay ng petsa dito.

**Pahayag ng Kalahok:** Nasagot ko nang tapat ang lahat ng tanong, at nauunawaan ko na tinatanggap ko ang responsibilidad para sa anumang mga kahihinatnan na nagreresulta mula sa anumang mga tanong na maaaring hindi ko nasagot nang tumpak o para sa aking kabiguan na ibunyag ang anumang umiiral o nakaraang mga kondisyon ng kalusugan.

\_\_\_\_\_

Lagda ng Kalahok (o, kung menor de edad, kailangan ng pirma ng magulang/tagapag-alaga ng kalahok

\_\_\_\_\_

Petsa (dd/mm/yyyy)

\_\_\_\_\_

Pangalan ng Kalahok (Print)

\_\_\_\_\_

Petsa ng kapanganakan (dd/mm/yyyy)

\_\_\_\_\_

Pangalan ng Instructor (Print)

\_\_\_\_\_

Pangalan ng Pasilidad (Print)

\* **Kung OO ang sagot mo** tsa mga tanong 3, 5 o 10 sa itaas O sa alinman sa mga tanong sa pahina 2, mangyaring basahin at sang-ayunan ang pahayag sa itaas sa pamamagitan ng paglagda at paglagay ng petsa dito **AT kunin ang lahat ng tatlong pahina ng form na ito ( Talatanungan ng Kalahaok at ang Form ng Pagsusuri ng Manggagamot) sa iyong mangagamot** para sa pagsusuring medikal. Ang paglahok sa isang kursong pagda-dive ay nangangailangan ng pagsang-ayon ng iyong manggagamot.

# Medikal ng Diver | Talatanungan ng Kalahaok Pinapagpatululoy

<b>BOX A – MERON AKO/NAGKARON NA:</b>		
Operasyon sa dibdib, operasyon sa puso, operasyon sa balbula sa puso, mga medikal na implant (hal. stent, pacemaker, neurostimulator), pneumothorax, at/o talamak na sakit sa baga (chronic lung disease).	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Hika, paghuni, matinding alerdyi, hay fever o baradong daluyan ng hangin sa loob ng huling 12 buwan na nagbabawas sa aking pisikal na aktibidad/pag-eehersisyo.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Isang problema o sakit na kinasasangkutan ng aking puso tulad ng: angina, pananakit ng dibdib sa pagpupuersa, pagpalya ng puso, immersion pulmonary edema, atake sa puso o stroke, O umiinom ako ng gamot para sa anumang kondisyon ng puso.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Ang paulit-ulit na bronchitis at kasalukuyang pag-ubo sa loob ng nakalipas na 12 buwan, O ay nasuri na may emphysema.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Mga sintomas na nakakaapekto sa aking mga baga, paghinga, puso at/o dugo sa nakaraang 30 araw na nakakapinsala sa pagganap ng aking pisikal o kaisipan.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
<b>BOX B – MAHIGIT 45 NA ANG EDAD KO AT:</b>		
Kasalukuyan akong naninigarilyo o nakakalanghap ng nikotina sa ibang paraan.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Mayroon akong mataas na antas ng kolesterol.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Mayroon akong mataas na presyon ng dugo.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Nagkaroon ako ng malapit na kamag-anak sa dugo na biglang namatay o may sakit sa puso o stroke bago ang edad na 50, O may kasaysayan ng pamilya ng sakit sa puso bago ang edad na 50 (kabilang ang abnormal na tibok ng puso, sakit sa coronary artery o cardiomyopathy).	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
<b>BOX C – MAYROON AKO/NAGKARON NA AKO:</b>		
Operasyon sa sinus sa loob ng huling 6 na buwan.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Sakit sa tainga o operasyon sa tainga, pagkawala ng pandinig, o mga problema sa balanse.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Paulit-ulit na sinusitis sa loob ng nakaraang 12 buwan.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Operasyon sa mata sa loob ng nakaraang 3 buwan.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
<b>BOX D – MAYROON AKO/NAGKARON NA AKO:</b>		
Pinsala sa ulo na may pagkawala ng malay sa loob ng nakaraang 5 taon.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Patuloy na pinsalang neurologic o sakit.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Paulit-ulit na matinding pananakit ng ulo o migraine sa loob ng nakaraang 12 buwan, o uminom ng mga gamot para maiwasan ang mga ito.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Pagkawala ng ulirat o nahimatay (buo/bahagyang pagkawala ng malay) sa loob ng nakaraang 5 taon.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Epilepsy, seizure, o Kombulsion, O uminom ng mga gamot para maiwasan ang mga ito.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
<b>BOX E – MAYROON AKO/NAGKARON NA AKO:</b>		
Problema sa Kalusugan ng pag-uugali, kaisipan o sikolohikal na nangangailangan ng paggamot medikal/psychiatric.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Malaking depresyon, pagpapakamatay na ideya, pag-atake ng taranta, hindi makontrol na bipolar disorder na nangangailangan ng gamot/psychiatric na paggamot.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Nasuri na may kondisyon sa kalusugan ng kaisipan o isang problema sa pagaaral/paglago na nangangailangan ng patuloy na pangangalaga o espesyal na akomodasyon.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Isang pagkalulong sa droga o alkohol na nangangailangan ng paggamot sa loob ng huling 5 taon.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
<b>BOX F – MAYROON AKO/NAGKARON NA AKO:</b>		
Mga paulit-ulit na problema sa likod sa nakalipas na 6 na buwan na nagbibigay ng limitasyon sa aking pang-araw-araw na aktibidad.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Operasyon sa likod o gulugod sa loob ng huling 12 buwan.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Diabetes, maaaring kontrolado ng gamot o pagdi-diyeta, O gestational diabetes sa loob ng huling 12 buwan.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Isang hindi naitama na luslos na nagbibigay ng limitasyon sa aking mga pisikal na kakayahán.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Mga aktibo o hindi nagamot na ulser, mga problemang sugat, o operasyon sa ulser sa loob ng huling 6 na buwan.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
<b>BOX G –NAGKARON NA AKO:</b>		
Operasyong Ostomy at walang pahintulot na medikal para lumangoy o makisali sa pisikal na aktibidad.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Dehydration na nangangailangan ng interbensiyong medikal sa loob ng huling 7 araw.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Aktibo o hindi nagamot na mga ulser sa tiyan o bituka o operasyon sa ulser sa loob ng huling 6 na buwan.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Madalas na pangangasim ng sikhura, pagluluwa, o gastroesophageal reflux disease (GERD).	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Aktibo o hindi nakokontrol na ulcerative colitis o Crohn's disease.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>
Operang Bariatric sa loob ng huling 12 buwan.	OO# <input type="checkbox"/> *	Hindi# <input type="checkbox"/>

# Medikal ng Diver | Form ng Pagsusuri ng Medikal na Tagasuri

Pangalan ng Kalahok

Petsa ng kapanganakan

(Print)

Petsa (dd/mm/yyyy)

Ang taong pinangalanan sa itaas ay humihiling ng iyong opinyon sa kanyang medikal na kaangkupan upang lumahok sa recreational scuba diving o freediving na pagsasanay o aktibidad. Mangyaring bisitahin ang [uhms.org](http://uhms.org) para sa medikal na patnubay sa mga kondisyong medikal na nauugnay sa pagda-dive. Repasuhin ang mga lugar na nauugnay sa iyong pasyente bilang bahagi ng iyong pagsusuri.

## Resulta ng Pagsusuri

- # Sang-ayon – Wala akong nakitang kundisyon na itinuturing kong hindi tugma sa panlibangang scuba diving o freediving.
- # Hindi sang-ayon – Nakahanap ako ng mga kundisyon na itinuturing kong hindi tugma sa panlibangang scuba diving o freediving.

Lagda ng sertipikadong medikal na doktor o iba pang legal na sertipikadong medikal na tagapagkaloob

Petsa (dd/mm/yyyy)

Pangalan ng Tagapagsuring Medikal

(Print)

Mga Klinikal na Degree/Credentials

Klinikal/Ospital

Address

Telepono.

Email

Manggagamot/Stamp ng Klinika (opsyonal)

Nilikha ng [Diver Medical Screen Committee](#) na kasama ang mga sumusunod:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

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