



UNDERSEA & HYPERBARIC MEDICAL SOCIETY



CONFEDERATION INTERNATIONALE DES ASSOCIATIONS SCUBA DIVERGES WORLD UNDERWATER FEDERATION

แบบสอบถามทางการแพทย์ Diver Medical | Participant Questionnaire

การดำน้ำแบบส쿠บาและการดำน้ำฟรีไดวิંગแบบสันทนาการนั้นจะต้องมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ซึ่งมีเงื่อนไขทางการแพทย์บางประการที่อาจเป็นอันตรายได้ในขณะที่ดำน้ำ ตามที่ระบุไว้ด้านล่างนี้ ผู้ที่มีหรือมีแนวโน้ม เจ็บป่วยใด ๆ เหล่านี้ควรได้รับการประเมินอาการโดยแพทย์ แบบสอบถาม Diver Medical Participant Questionnaire นี้ให้ข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาว่าคุณควรตรวจสอบการประเมินนั้นหรือไม่ หากคุณมีข้อสงสัยใด ๆ ก็ตามเกี่ยวกับสมรรถภาพทางกายกับการดำน้ำที่ไม่ได้แสดงในแบบฟอร์มนี้ กรุณาปรึกษากับแพทย์ของคุณก่อนการดำน้ำ หากคุณรู้สึกไม่สบาย ให้หลีกเลี่ยงการดำน้ำ หากคุณคิดว่าคุณเป็นโรคติดต่อให้ป้องกันตัวเองและผู้อื่นโดยไม่เข้าร่วมในการฝึกอบรมการดำน้ำและ/หรือกิจกรรมดำน้ำให้อ้างอิงถึง "การดำน้ำ" ในแบบฟอร์มนี้ซึ่งจะครอบคลุมทั้งการดำน้ำแบบส쿠บาและการดำน้ำฟรีไดวิ้งแบบสันทนาการ แบบฟอร์มนี้ได้รับการออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อเป็นการคัดกรองทางการแพทย์เบื้องต้นสำหรับนักดำน้ำมือใหม่ แต่ยังคงเหมาะสมสำหรับนักดำน้ำที่ต้องการศึกษาต่อสูงขึ้น เพื่อความปลอดภัยของคุณ และความปลอดภัยของผู้อื่นที่อาจดำน้ำกับคุณ ขอความร่วมมือให้ตอบคำถามทุกข้อตามจริง

คำแนะนำ

กรอกแบบสอบถามนี้ให้เสร็จสมบูรณ์ก่อนที่จะเข้าร่วมการดำน้ำแบบสกุบาสันทนาการหรือหลักสูตร Freediving Course หมายเหตุสำหรับสุขภาพสตรี:

ถ้าคุณกำลังตั้งครรภ์ หรือคุณกำลังพยายามที่จะตั้งครรภ์ อย่าดำน้ำ

1. มีปัญหาเกี่ยวกับปอด การหายใจ หัวใจและ/หรือโรคเลือดที่ส่งผลต่อสมรรถภาพทางร่างกายหรือจิตใจตามปกติ	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง A	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
2. อายุมากกว่า 45 ปี	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง B	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
3. พยายามออกกำลังกายระดับปานกลาง (เช่น เดิน 1.6 กม./หนึ่งไมล์ใน 14 นาทีหรือว่ายน้ำ 200 เมตร/หลาโดยไม่หยุดพัก) หรือไม่สามารรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายตามปกติเนื่องจากเหตุผลด้านสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
4. มีปัญหาเกี่ยวกับดวงตา หูหรือช่องโพรงจมูก/ช่องโพรงจมูกในน้ำ	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง C	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
5. เคยได้รับการผ่าตัดภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา หรือเคยมีปัญหาอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
6. เคยมีภาวะเป็นลมหมดสติ มีอาการปวดศีรษะไมเกรน โรคลมชัก โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงหรือมีอาการรบกวนจากการบาดเจ็บทางระบบประสาทหรือโรคทางระบบประสาทบ่อย ๆ	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง D	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
7. ปัจจุบันนี้อยู่ระหว่างการรักษา (หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในห้าปีที่ผ่านมา) สำหรับปัญหาทางด้านจิตใจ ความคิดผิดปกติทางบุคลิกภาพ ตกใจกลัวอย่างรุนแรง (Panic Attacks) หรือวิตกกังวลหรือแอลกอฮอล์ หรือ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้หรือพัฒนาการ	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง E	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
8. มีปัญหาเกี่ยวกับหลัง ไขสันหลัง แผลพุพองหรือโรคเบาหวาน	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง F	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
9. มีปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะอาหารหรือลำไส้ รวมถึงอาการท้องเสียเมื่อไม่นานมานี้	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง G	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
10. กินยาหรือใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ (ยกเว้นยาคุมกำเนิดหรือยาด้านมาลาเรียนอกเหนือจาก Mefloquine/Lariam)	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

ลายเซ็นของผู้เข้าร่วม

หากคุณตอบว่าไม่ใช่สำหรับคำถามทั้ง 10 ข้อข้างต้น ไม่จำเป็นต้องทำการประเมินทางการแพทย์ กรุณาอ่านและยอมรับข้อความสำหรับผู้เข้าร่วมที่อยู่อ่ด้านล่างด้วยการลงนามและวันที่

ข้อความสำหรับผู้เข้าร่วม:

ข้าพเจ้าได้ตอบคำถามทุกข้อด้วยความสัตย์จริง

และเข้าใจว่าข้าพเจ้าต้องยอมรับความรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาจากคำถามใดก็ตามที่ข้าพเจ้าอาจตอบไม่ถูกต้องหรือไม่สามารถตอบคำถามของข้าพเจ้าในการเปิดเผยเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผ่านมา

ลายเซ็นผู้เข้าร่วม (หรือ ถ้าเป็นผู้เยาว์ จะต้องมีการเซ็นชื่อของพ่อแม่/ผู้ปกครองของผู้สมัคร)

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อผู้เข้าร่วม

วันเดือนปีเกิด (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อครูผู้สอน

ชื่อสถานที่

* หากคุณตอบว่าใช่สำหรับคำถามข้อที่ 3, 5 หรือ 10 ด้านบนหรือสำหรับคำถามใดก็ตามในหน้า 2 กรุณาอ่านและยอมรับข้อความข้างต้นด้วยการลงนามและวันที่และใช้ทั้งสามหน้าของแบบฟอร์มนี้ (แบบสอบถาม Participant Questionnaire และแบบฟอร์ม Physician's Evaluation Form) ไปพบแพทย์เพื่อขอรับการประเมินทางการแพทย์ การเข้าร่วมในหลักสูตรดำน้ำนั้นจะต้องได้รับการอนุมัติจากแพทย์

แบบฟอร์ม Diver Medical | Physician's Evaluation Form

ชื่อผู้สมัคร _____ วันเดือนปีเกิด _____
(เขียนด้วยตัวบรรจง) วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

บุคคลที่มีข้อข้างต้นขอความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับความเหมาะสมทางการแพทย์ของเขา/เธอเพื่อเข้าร่วมในการดำน้ำแบบสคูบาหรือกิจกรรมการฝึกอบรมหรือการดำน้ำฟรีไดฟ์วิ้งแบบสันตนาการ
กรุณาแวะเข้าเยี่ยมชมใน uhms.org สำหรับคำแนะนำทางการแพทย์เกี่ยวกับเงื่อนไขทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดำน้ำ
ให้ตรวจสอบพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับคนไข้ของคุณเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินของคุณ

ผลการประเมิน

- ผ่านการอนุมัติ - ข้าพเจ้าไม่พบเงื่อนไขใด ๆ ที่ข้าพเจ้าคิดว่าขัดแย้งกับการดำน้ำแบบสคูบาหรือการดำน้ำฟรีไดฟ์วิ้งแบบสันตนาการ
- ไม่ผ่านการอนุมัติ - ข้าพเจ้าพบว่าเงื่อนไขที่ฉันพิจารณาว่าขัดแย้งกับการดำน้ำแบบสคูบาหรือการดำน้ำฟรีไดฟ์วิ้งแบบสันตนาการ

ลายเซ็นของแพทย์ _____ วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

ของแพทย์ _____ จำนวนการพิเศษเฉพาะทาง _____
(เขียนด้วยตัวบรรจง)

คลินิก/โรงพยาบาล _____

ที่อยู่ _____

โทรศัพท์ _____ อีเมล _____

ตราประทับจากแพทย์/คลินิก (ทางเลือก)

สร้างขึ้นโดย [Diver Medical Screen Committee](#) ร่วมกับหน่วยงานดังต่อไปนี้: The Undersea & Hyperbaric Medical Society
DAN (US)
DAN Europe
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego