

Zdravotnický dotazník | zájemce o potápění

Rekreační potápění a freediving vyžadují dobré fyzické a duševní zdraví. Níže je uvedena řada rizik, které mohou při potápění představovat nebezpečí a je třeba jim věnovat pozornost. Ti, kteří jsou ohroženi těmito riziky nebo mají k některým predispozice, by měli být zhodnoceni lékařem. Dotazník Vám poskytne informace pro následné rozhodování, zda byste měli vyhledat další odborné posouzení. Pokud máte jakékoliv obavy ohledně Vaší potápěčské způsobilosti z důvodů, které nejsou uvedeny v tomto formuláři, poraďte se před potápěním se svým lékařem. Pokud se cítíte nemocní, potápění se vyhněte. Pokud se domníváte, že můžete mít infekční onemocnění, chraňte sebe i ostatní a vyhněte se účasti na potápěčských školeních a dalších akcích. Formulář je zaměřen na rekreační přístrojové i nádechové potápění. Dotazník je navržený zejména jako vstupní screeningový lékařský dotazník pro začínající potápěče, ale je vhodný rovněž pro potápěče, kteří se dále vzdělávají. V zájmu Vaší bezpečnosti i všech ostatních, kteří se s Vámi mohou potápět, odpovězte na všechny otázky pravdivě.

Pokyny

Vyplňte tento dotazník jako první krok před zahájením kurzu přístrojového nebo nádechového potápění.

Poznámka pro ženy: Pokud jste těhotná, nebo se snažíte otěhotnět, nepotápějte se.

| | | | |
|----|--|--|-----------------------------|
| 1 | Měl jsem problémy s plícemi/dýcháním, srdcem, špatné krevní testy, nebo mi byl diagnostikován covid-19. | Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku A | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2 | Je mi více než 45 let. | Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku B | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3 | Musím vynaložit velké úsilí, abych zvládl fyzickou zátěž v podobě lehkého cvičení (např. chůze 1,5 km za 14 minut nebo uplavání 200 m bez odpočinku), nebo nejsem schopen vykonat normální fyzickou aktivitu v důsledku špatné zdravotní kondice v uplynulých 12 měsících. | Ano <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4 | Měl/a jsem/mám problémy se zrakem, sluchem nebo s nosní průchodností/dutinami. | Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku C | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5 | Podstoupil jsem chirurgický zákrok během posledních 12 měsíců, nebo mám problémy související s minulými operacemi. | Ano <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 6 | Prodělal jsem ztrátu vědomí, měl jsem migrény, záchvaty, mrtvici, významné poranění hlavy, nebo mám trvalý neurologický nález | Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku D | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7 | V současné době podstupuji léčbu (nebo jsem podstoupil léčbu během posledních 5 let) psychických problémů, poruchy osobnosti, panických stavů (atak) nebo jsem byl závislý na drogách či alkoholu, nebo jsem měl diagnostikovanou poruchu učení. | Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku E | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8 | Měl jsem, nebo stále mám problémy se zády, kýlou, vředy nebo trpím cukrovkou. | Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku F | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9 | I Měl jsem, nebo stále trpím na žaludeční/střevní potíže (zahrňte i nedávný průjem). | Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku G | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10 | Užívám léky na předpis (s výjimkou antikoncepce nebo antimalarik jiných než s mefloniquem - Lariam). | Ano <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

Prohlášení účastníka

Pokud jste odpověděli NE na všech 10 otázkách, není požadováno lékařské hodnocení. Prosím přečtěte a souhlase s prohlášením níže uvedením svého podpisu a data vyplnění.

Prohlášení účastníka: Odpověděl jsem na všechny otázky pravdivě a rozuměl jsem, že přijímám odpovědnost za jakékoliv následky vyplývající z otázek, na které jsem odpověděl nepřesně nebo jsem zamířel svůj předchozí stav.

Jméno účastníka (nebo zákonného zástupce/opatrovníka)

Datum (dd/mm/yyyy)

Jméno účastníka (tisk)

Datum narození (dd/mm/yyyy)

Jméno instruktora (tisk)

Název zařízení (tisk)

*** Pokud jste na otázku 3, 5 nebo 10 NEBO** na jakoukoli otázku ze strany 2 odpověděli **ANO**, prosím, přečtěte si a potvrďte přiložené prohlášení svým podpisem a datem **A vezměte všechny tři strany tohoto formuláře (Dotazník účastníka a formulář hodnocení lékaře) ke svému lékaři** pro odborné vyhodnocení. Vaše účast na potápěčském kurzu vyžaduje schválení lékaře.

Zdravotnický dotazník | Pokračování dotazníku pro účastníky

| TABULKA A – MĚL/A JSEM/MÁM: | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Hrudní operaci, operaci srdce, operaci srdeční chlopně, umístění stentu, nebo pneumotorax (selhání plíce). | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Astma, dechová nedostatečnost, závažné alergie, senná rýma nebo zřížená dýchání, poškozené dýchací cesty v posledních 12 měsících, které limitují mou fyzickou aktivitu/cvičení. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Problém nebo onemocnění týkající se srdce jako jsou: hrudní angína, námahová bolest na hrudi, srdeční selhání, plicní edém, infarkt srdce nebo mrtvice, NEBO beru léky na srdce. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Opakující se bronchitidu a kašláni během posledních 12 měsíců, NEBO mi byl diagnostikován emfyzém plic. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Diagnóza COVID-19. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| TABULKA B – JE MI VÍCE NEŽ 45 LET A: | | |
| Kouřím nebo užívám nikotin jinými způsoby. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Mám vysokou hladinu cholesterolu. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Mám vysoký tlak. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Měl jsem blízké pokrevní příbuzné, kteří náhle zemřeli na srdeční onemocnění, nebo mrtvici před 50. rokem života NEBO mám v rodinné anamnéze srdeční onemocnění před 50. rokem života (zahrnuje srdeční arytmií, tepenné koronární onemocnění nebo kardiomyopatii). | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| TABULKA C – MĚL/A JSEM/MÁM: | | |
| Operace dutin během posledních 6 měsíců. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Onemocnění uší nebo jsem měl/a operaci uší, ztrátu sluchu nebo mám potíže s rovnováhou. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Opakující se záněty dutin během posledních 12 měsíců. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Operace očí během posledních 3 měsíců. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| TABULKA D – MĚL/A JSEM/MÁM: | | |
| Úraz hlavy se ztrátou vědomí během posledních 5 let. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Trvalé neurologické onemocnění nebo úraz. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Opakované migrény během posledních 12 měsíců, nebo braní léků k jejich předcházení. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Výpadky nebo omdlávání (úplná/částečná ztráta vědomí) během posledních 5 let. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie, záchvaty nebo křeče, NEBO užívání léků k jejich předcházení. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| TABULKA E – MĚL/A JSEM/MÁM: | | |
| Poruchy chování, mentální a psychické problémy vyžadující lékařskou/psychiatrickou léčbu. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Závažné deprese, sebevražedné úmysly, panické ataky, nekontrolovatelné bipolární poruchy vyžadující lékařskou/psychiatrickou léčbu. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Diagnózu poruchy duševního zdraví, nebo poruchou učení/vývoje, které vyžadují nepřetržitou léčbu. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Závislost na drogách nebo alkoholu vyžadující léčbu během posledních 5 let. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| TABULKA F – MĚL/A JSEM/MÁM: | | |
| Opakující se potíže se zády v posledních 6 měsících, které limitují mé každodenní aktivity. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Operace zad nebo páteře během posledních 12 měsíců. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Diabetes léčený léky nebo dietou, NEBO těhotenský diabetes během posledních 12 měsíců. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Neléčená kýla limitující mé fyzické schopnosti. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Aktivní nebo neléčené vředy, problémové rány nebo operace vředů během posledních 6 měsíců. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| TABULKA G – MĚL/A JSEM/MÁM: | | |
| Vývod orgánu (stomii) bez lékařského souhlasu k plavání nebo větší fyzické aktivitě nebo zapojení ve fyzické činnosti. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Dehydratace vyžadující lékařskou intervenci během posledních 7 dnů. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Aktivní nebo neléčený žaludeční nebo střevní vřed, nebo operace střev během posledních 6 měsíců. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Časté pálení žáhy, navracení žaludečního obsahu nebo gastroesofageální reflux. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Aktivní, nebo neléčená ulcerózní kolitida nebo Crohnova choroba. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |
| Bariatrické operace v posledních 12 měsících. | Ano <input type="checkbox"/> * | Ne <input type="checkbox"/> |

Zdravotnický dotazník | Lékařské vyhodnocení účastníka

Jméno účastníka

datum narození

(tisk)

Datum (dd/mm/yyyy)

Výše uvedená osoba žádá o posouzení lékařského stavu pro účast na rekreačním přístrojovém potápění nebo výcviku freedivingu (nádechového potápění). Prosíme, pro lékařské pokyny a podmínky v rámci potápění navštivte uhms.org. V rámci hodnocení si projděte oblasti relevantní pro vašeho pacienta..

Zhodnocení

- Schopen – neshledal jsem žádné okolnosti, které považuji za neslučitelné s rekreačním přístrojovým potápěním nebo freedivingem.
- Neschopen – shledal jsem okolnosti, které považuji za neslučitelné s rekreačním přístrojovým potápěním nebo freedivingem.

Podpis lékaře

Datum (dd/mm/yyyy)

Jméno lékaře

Odbornost

(tisk)

Ordinace/nemocnice

Adresa

Telefon

Email

Razítko lékaře/nemocnice (nepovinné)

Vytvořil [Diver Medical Screen Committee](#) ve spolupráci s následujícími orgány:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

Divize hyperbolické medicíny, Kalifornská univerzita, San Diego