

## Ιατρική Βεβαίωση Καταδύσεων | Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων

Οι καταδύσεις αναψυχής, αυτόνομης και ελεύθερης κατάδυσης απαιτούν καλή σωματική και ψυχική υγεία. Υπάρχουν μερικές ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να επιφέρουν κίνδυνο στην υγεία κατά την κατάδυση, και αναφέρονται παρακάτω. Τα άτομα που πάσχουν, ή έχουν προδιάθεση, για κάποιες από τις παρακάτω καταστάσεις, θα πρέπει να αξιολογούνται από γιατρό. Το παρόν ερωτηματολόγιο συμμετοχής σε καταδύσεις παρέχει μια αρχική εκτίμηση για να εξακριβωθεί εάν θα πρέπει να επιδιώξετε αυτή την ιατρική εξέταση. Εάν έχετε οποιαδήποτε ανησυχία σχετικά με την σωματική σας ελάρκεια κατά την διάρκεια της κατάδυσης η οποία δεν αναφέρεται σε αυτό το ερωτηματολόγιο, συμβουλευτείτε το γιατρό σας πριν από οποιαδήποτε δραστηριότητα κατάδυση. Εάν αισθάνεστε άρρωστοι, αποφύγετε την κατάδυση. Αν νομίζετε ότι μπορεί να έχετε μια μεταδοτική ασθένεια, προστατεύστε τον εαυτό σας και τους άλλους με το να μην συμμετέχετε σε σχολεία κατάδυσης και/ή δραστηριότητες κατάδυσης. Οι αναφορές σε "καταδύσεις" σε αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνουν τόσο τις αυτόνομες καταδύσεις όσο και την ελεύθερη κατάδυση. Αυτό το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε κυρίως ως μια αρχική ιατρική εκτίμηση για τους νέους δύτες, αλλά είναι εξίσου κατάλληλη για τους δύτες που συνεχίζουν την εκπαίδευσή τους. Για την ασφάλειά σας, αλλά και για την ασφάλεια των ατόμων που καταδύονται μαζί σας, σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια.

### Οδηγίες

**Συμπληρώστε αυτό το ερωτηματολόγιο ως προϋπόθεση για να συμμετάσχετε σε αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.**

**Σημείωση για τις γυναίκες:** Εάν είστε έγκυος, ή προσπαθείτε να μείνετε έγκυος, μην συμμετάσχετε σε δραστηριότητες κατάδυσης.

1	Είχα προβλήματα με τους πνεύμονές μου / την αναπνοή, την καρδιά, το αίμα, ή είχα διαγνωστεί με COVID-19	Ναι <input type="checkbox"/> * Κατηγορία <b>A</b>	Όχι <input type="checkbox"/>
2	Είμαι άνω των 45 ετών	Ναι <input type="checkbox"/> Κατηγορία <b>B</b>	Όχι <input type="checkbox"/>
3	Μου είναι σωματικά δύσκολο να εκτελέσω μια μέτριας έντασης άσκηση (για παράδειγμα, περπάτημα για 1,6 χιλιόμετρα ή ένα μίλι σε 14 λεπτά ή συνεχόμενη κολύμβηση για 200 μέτρα), ή δεν είμαι σε θέση να συμμετάσχω σε σωματικές δραστηριότητες λόγω κακής φυσικής κατάστασης ή λόγω υγείας κατά τους τελευταίους 12 μήνες.	Ja <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
4	Είχα προβλήματα με τα μάτια μου, αυτιά, μύτη/γυμφορία	Ναι <input type="checkbox"/> Κατηγορία <b>C</b>	Όχι <input type="checkbox"/>
5	Έχω χειρουργηθεί τους τελευταίους 12 μήνες, ή έχω συνεχόμενα προβλήματα / επιπλοκές από παλαιότερα χειρουργεία.	Ναι <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
6	Έχω χάσει τις αισθήσεις μου, είχα πονοκεφάλους ή ημικρανίες, επιληπτικές κρίσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο, σημαντικό τραυματισμό στο κεφάλι, ή πάσχω από κάποια νευρολογική βλάβη ή ασθένεια.	Ναι <input type="checkbox"/> Κατηγορία <b>D</b>	Όχι <input type="checkbox"/>
7	Αυτή την περίοδο υποβάλλομαι σε κάποια θεραπεία (ή χρειάστηκε να λάβω κάποια συστηματική θεραπεία κατά την διάρκεια των τελευταίων 5 ετών) για ψυχολογικά νοσήματα, διαταραχή της προσωπικότητας, κρίσεις πανικού, ή για τον εθισμό στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ ή, έχω διαγνωστεί με μαθησιακές δυσκολίες	Ναι <input type="checkbox"/> Κατηγορία <b>E</b>	Όχι <input type="checkbox"/>
8	Είχα προβλήματα με την μέση, κήλες, έλκη, ή διαβήτη	Ναι <input type="checkbox"/> Κατηγορία <b>F</b>	Όχι <input type="checkbox"/>
9	Είχα προβλήματα με το στομάχι ή στο έντερο, συμπεριλαμβανομένου και κάποια πρόσφατης διάρροιας.	Ναι <input type="checkbox"/> Κατηγορία <b>G</b>	Όχι <input type="checkbox"/>
10	Παίρνω συνταγογραφούμενα φάρμακα (με εξαίρεση τα αντιπηκτικά ή τα φάρμακα κατά της ελονοσίας εκτός από την μεφλοκίνη (Lariam)).	Ναι <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>

### Υπογραφή Συμμετέχοντα

**Εάν απαντήσατε ΟΧΙ** και στις 10 παραπάνω ερωτήσεις, δεν απαιτείται ιατρική εξέταση. Παρακαλούμε διαβάστε και συμφωνήστε με τη δήλωση συμμετέχοντα παρακάτω βάζοντας την υπογραφή σας και την ημερομηνία.

**Δήλωση συμμετέχοντα:** Έχω απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια, και καταλαβαίνω ότι αναλαμβάνω την ευθύνη για τυχόν συνέπειες που προκύπτουν από οποιοδήποτε ερωτήσεις που μπορεί να έχω απαντήσει ανακριβώς ή για την αποτυχία μου να αποκαλύψω τυχόν υπάρχουσες ή προηγούμενες καταστάσεις ή παθήσεις.

Υπογραφή συμμετέχοντα (ή, εάν απαιτείται υπογραφή γονέα/κηδεμόνα του συμμετέχοντα)

Ημερομηνία (dd/mm/yyyy)

Όνοματεπώνυμο Εκπαιδευτή

Ημερομηνία Γέννησης (dd/mm/yyyy)

Όνοματεπώνυμο Εκπαιδευτή

Επωνυμία Κέντρου Κατάδυσης

\* **Εάν απαντήσατε ΝΑΙ** στις ερωτήσεις 3, 5 ή 10 ή σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις στη σελίδα 2, παρακαλούμε διαβάστε και να συμφωνήσετε με την παραπάνω δήλωση υπογράφοντας και βάζοντας την σημερινή ημερομηνία **και παραδώστε και τις τρεις σελίδες αυτού του ερωτηματολογίου (Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων και Έντυπο Αξιολόγησης του Ιατρού) στο γιατρό σας** για ιατρική αξιολόγηση. **Η συμμετοχή σας σε δραστηριότητες κατάδυσης απαιτεί την έγκριση του γιατρού σας.**

## Ιατρική Βεβαίωση Καταδύσεων | Ερωτηματολόγιο Συμμετεχόντων (συνέχεια)

<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α – ΕΧΩ / ΕΙΧΑ :</b>		
Χειρουργείο θώρακος, καρδιάς, βαλβίδες, μπαλονάκι (στεφανιαίο stent), ή πνευμοθώρακα	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Άσθμα, συριγμό, σοβαρή αλλεργία, πυρετός του χόρτου, αποφρακτική πνευμονοπάθεια τους τελευταίους 12 μήνες τα οποία μειώνουν τα επίπεδα σωματικής επάρκειας και άσκησης	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Πρόβλημα ή ασθένεια που σχετίζεται με την καρδιά όπως: στηθάγχη, πόνος στο στήθος κατά την δραστηριότητα ή άσκηση, καρδιακή ανεπάρκεια, οξύ πνευμονικό οίδημα, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, ή λαμβάνω φαρμακευτική αγωγή για κάποια πάθηση της καρδιάς	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Επαναλαμβανόμενες βρογχίτιδες και συχνός βήχας κατά τους τελευταίους 12 μήνες, ή διαγνωστεί με εμφύσημα	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Διαγνωστεί με τον COVID-19.	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β – ΕΙΜΑΙ ΑΝΩ ΤΩΝ 45 ΕΤΩΝ ΚΑΙ:</b>		
Καπνίζω καπνό ή ατμίω προϊόντα που περιέχουν νικοτίνη	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Έχω υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Έχω υψηλή πίεση (υπέρταση)	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Είχα συγγενή πρώτου βαθμού που πέθανε ξαφνικά από ασθένεια του καρδιαγγειακού, ή εγκεφαλικό επεισόδιο πριν την ηλικία των 50 ετών, ή έχω οικογενειακό ιστορικό από ασθένειες του καρδιαγγειακού πριν την ηλικία των 50 ετών (περιλαμβανομένου αρρυθμίες, στεφανιαία νόσο, ή καρδιομυοπάθειες)	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ – ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:</b>		
Χειρουργείο στα ιγμόρεια ή/και τους παραρρινίους κόλπους	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Παθήσεις του ωτός (αυτιού), χειρουργείο αυτιού, χάσιμο της ακοής, ή προβλήματα με την ισορροπία	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Επαναλαμβανόμενη ιγμορίτιδα μέσα στους τελευταίους 12 μήνες	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Χειρουργείο στα μάτια μέσα στους τελευταίους 3 μήνες	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:</b>		
Κρανιοεγκεφαλική κάκωση με απώλεια αισθήσεων μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Επιμένουσα νευρολογική κάκωση ή ασθένεια	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Επαναλαμβανόμενη ημικρανία/πονοκέφαλος μέσα στους τελευταίους 12 μήνες ή λήψη προληπτικής φαρμακευτικής αγωγής	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Συγκοπή ή λιποθυμία (ολική ή μερική απώλεια συνείδησης) μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Επιληψία, επιληπτικές κρίσεις, ή σπασμοί ή λήψη προληπτικής φαρμακευτικής αγωγής	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ε - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:</b>		
Προβλήματα συμπεριφορικής υγείας, ψυχικά ή ψυχολογικά προβλήματα που απαιτούν ιατρική/ψυχιατρική θεραπεία	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Μείζονα κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός, κρίσεις πανικού, ανεξέλεγκτη διπολική διαταραχή που απαιτεί φαρμακευτική αγωγή/ψυχιατρική θεραπεία	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Διαγνωστεί με κάποια ψυχική νόσο ή μία μαθησιακή / αναπτυξιακή διαταραχή που απαιτεί συνεχή φροντίδα	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Εθισμό στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ που απαιτεί θεραπεία μέσα στα τελευταία 5 χρόνια	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΤ - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:</b>		
Επαναλαμβανόμενα προβλήματα με την μέση τους τελευταίους 6 μήνες που περιορίζουν την καθημερινή μου δραστηριότητα	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Χειρουργική επέμβαση στην μέση ή στην σπονδυλική στήλη εντός των τελευταίων 12 μηνών	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Ο διαβήτης, είτε ελέγχεται από φάρμακα είτε από διαίτα, ή διαβήτης κύησης εντός των τελευταίων 12 μηνών	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Μια μη-χειρουργημένη / διορθωμένη κήλη που περιορίζει τις σωματικές μου ικανότητες/δραστηριότητες	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Ενεργά ή μη θεραπευμένα έλκη, ανοιχτά τραύματα/πληγές ή χειρουργική επέμβαση έλκους εντός των τελευταίων 6 μηνών	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ζ - ΕΧΩ / ΕΙΧΑ:</b>		
Κάνει χειρουργική επέμβαση στομίας (παρά φύση έδρα) και δεν έχω ιατρική έγκριση για να κολυμπήσω ή να συμμετάσχω σε σωματική δραστηριότητα	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Αφυδάτωση που απαιτήσε ιατρική παρέμβαση εντός των τελευταίων 7 ημερών.	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Ενεργά ή μη θεραπευμένα στομαχικά ή εντερικά έλκη ή χειρουργική επέμβαση έλκους εντός των τελευταίων 6 μηνών	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Συχνή καούρα, παλινδρόμηση, ή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Ενεργός ή ανεξέλεγκτη ελκώδης κολίτιδα ή νόσος του Crohn	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>
Βαριατρική χειρουργική επέμβαση μέσα στους τελευταίους 12 μήνες.	Nai <input type="checkbox"/> *	Όχι <input type="checkbox"/>

# Ιατρική Βεβαίωση Καταδύσεων | Έντυπο Αξιολόγησης Ιατρού

Όνοματεπώνυμο Συμμετέχοντα

Ημερομηνία Γέννησης

(dd/mm/yyyy)

Το παραπάνω πρόσωπο ζητά τη γνώμη σας για την ιατρική του καταλληλότητα να συμμετάσχει σε ψυχαγωγικές ή αθλητικές δραστηριότητες αυτόνομης ή ελεύθερης κατάδυσης. Παρακαλούμε επισκεφθείτε το [www.uhms.org](http://www.uhms.org) για ιατρική καθοδήγηση σχετικά με τις ιατρικές καταστάσεις που σχετίζονται με τις καταδύσεις. Εξετάστε τους τομείς που σχετίζονται με τον ασθενή σας στο πλαίσιο της αξιολόγησής σας.

## Αποτελέσματα Αξιολόγησης

- Εγκρίθηκε - Δεν βρίσκω παθολογικές καταστάσεις που θεωρώ ασυμβίβαστες με δραστηριότητες αναψυχής που σχετίζονται με την αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.
- Δεν Εγκρίθηκε - Βρίσκω παθολογικές καταστάσεις που θεωρώ ασυμβίβαστες με δραστηριότητες αναψυχής που σχετίζονται με την αυτόνομη ή ελεύθερη κατάδυση.

Υπογραφή Ιατρού

Υπογραφή Ιατρού

Όνοματεπώνυμο Ιατρού

Ειδικότητα

Ιατρείο / Κλινική / Νοσοκομείο

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Email

Υπογραφή Ιατρού/Κλινικής (Σφραγίδα προαιρετική)

Δημιουργήθηκε από την Επιτροπή Ιατρικής Αξιολόγησης Δυτών  
([Diver Medical Screen Committee](#)) σε συνεργασία με τους ακόλουθους φορείς:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**