

Saúde do Mergulhador | Questionário do Participante

Mergulho autônomo e mergulho livre recreativos requerem boa saúde física e mental. Existem algumas condições médicas que podem ser perigosas durante o mergulho, listadas abaixo. Aqueles que têm, ou estão predispostos a qualquer uma dessas condições, devem ser avaliados por um médico. Este Questionário de Saúde do Mergulhador fornece uma base para determinar se você deve buscar essa avaliação. Se você tem alguma preocupação com a sua aptidão física para o mergulho, não listada neste formulário, consulte o seu médico antes de mergulhar. Se você está se sentindo mal, evite mergulhar. Se você acha que pode ter uma doença contagiosa, proteja a si mesmo e aos outros não participando de treinamentos de mergulho e/ou atividades de mergulho. As referências a “mergulho” neste formulário abrangem ambos, o mergulho autônomo e o mergulho livre recreativos. Este formulário foi projetado principalmente como triagem médica inicial para novos mergulhadores, mas também é apropriado para mergulhadores em educação continuada. Para sua segurança, e a de outros que possam mergulhar com você, responda a todas as perguntas honestamente.

Instruções

Preencha este questionário como um pré-requisito para um curso de mergulho autônomo ou mergulho livre recreativos.

Nota para as mulheres: Se você está grávida, ou tentando engravidar, *não mergulhe*.

1	1. Tive problemas com meus pulmões/respiração, coração, sangue ou fui diagnosticado com COVID-19.	Sim <input type="checkbox"/> Vá para o quadro A	Não <input type="checkbox"/>
2	2. Tenho mais de 45 anos de idade.	Sim <input type="checkbox"/> Vá para o quadro B	Não <input type="checkbox"/>
3	3. Tenho dificuldade para realizar exercícios moderados (por exemplo, andar 1,6 km em 14 minutos ou nadar 200 metros sem descansar), OU não pude participar de uma atividade física normal devido a motivos de aptidão física ou de saúde nos últimos 12 meses.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
4	4. Tive problemas com meus olhos, ouvidos ou vias nasais/seios-da-face.	Sim <input type="checkbox"/> Vá para o quadro C	Não <input type="checkbox"/>
5	5. Fiz cirurgia nos últimos 12 meses, OU tenho problemas atuais relacionados com cirurgia passada.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
6	6. Perdi a consciência, tive crise de enxaqueca, convulsões, derrame, ou lesão significativa na cabeça, OU sofro de lesão neurológica ou doença neurológica persistentes.	Sim <input type="checkbox"/> Vá para o quadro D	Não <input type="checkbox"/>
7	7. Estou atualmente em tratamento (ou precisei de tratamento nos últimos cinco anos) para problemas psicológicos, transtornos de personalidade, ataques de pânico ou vício em drogas ou álcool; ou, fui diagnosticado com uma deficiência de aprendizagem.	Sim <input type="checkbox"/> Vá para o quadro E	Não <input type="checkbox"/>
8	8. Tive problemas de coluna, hérnias, úlceras ou diabetes.	Sim <input type="checkbox"/> Vá para o quadro F	Não <input type="checkbox"/>
9	9. Tive problemas estomacais ou intestinais, incluindo diarreia recente.	Sim <input type="checkbox"/> Vá para o quadro G	Não <input type="checkbox"/>
10	10. Estou tomando medicamentos prescritos (com exceção de anticoncepcionais ou antimaláricos que não o Cloridrato de Mefloquina).	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>

Assinatura do Participante

Se você respondeu NÃO a todas as 10 perguntas acima, uma avaliação médica não é necessária. Por favor, leia e concorde com a declaração do participante abaixo, assinando-a e datando-a.

Declaração do Participante: Eu respondi a todas as perguntas honestamente, e entendo que aceito a responsabilidade por quaisquer consequências resultantes de quaisquer perguntas que eu possa ter respondido de forma imprecisa ou por minha falha em divulgar quaisquer condições de saúde existentes ou passadas.

Assinatura do participante (pai/mãe ou responsável-legal do participante menor-de-idade)

Data (dia/mês/ano)

Nome do participante

Nascimento (dia/mês/ano)

Nome do instrutor

Nome da Escola/Operadora

* **Se você respondeu SIM** às perguntas 3, 5 ou 10 acima **OU** a qualquer uma das perguntas na página 2, por favor, leia e concorde com a declaração acima, assinando-a e datando-a, **E leve todas as três páginas deste formulário (Questionário do Participante e o Formulário de Avaliação Médica) ao seu médico(a)** para uma avaliação médica. A participação em um curso de mergulho requer aprovação do seu médico(a).

(Escreva)

(Escreva)

Saúde do Mergulhador | Saúde do Mergulhador

QUADRO A – EU TENHO/TIVE:		
Cirurgia torácica, cirurgia cardíaca, cirurgia da válvula cardíaca, colocação de stent ou pneumotórax (pulmão colapsado)	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Asma, chiado, alergia grave, febre-do-feno ou vias aéreas congestionadas nos últimos 12 meses, que limitam minha atividade física/exercício.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Um problema ou doença envolvendo meu coração como: angina, dor no peito ao esforço, insuficiência cardíaca, edema pulmonar de imersão, ataque cardíaco ou derrame, OU estou tomando medicação para qualquer condição cardíaca.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Bronquite recorrente e atualmente tossindo nos últimos 12 meses, OU fui diagnosticado com enfisema.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Um diagnóstico de COVID-19.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
QUADRO B – TENHO MAIS DE 45 ANOS E:		
Atualmente fumo ou inalo nicotina por outros meios.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Eu tenho um alto nível de colesterol.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Eu tenho pressão alta.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Eu tive um parente próximo que morreu de repente ou de doença cardíaca ou derrame antes dos 50 anos, OU tenho um histórico familiar de doença cardíaca antes dos 50 anos (incluindo ritmos cardíacos anormais, doença arterial coronariana ou cardiomiopatia).	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
QUADRO C – EU TENHO/TIVE:		
Cirurgia dos Seios-da-Face nos últimos 6 meses.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Doença do ouvido ou cirurgia de ouvido, perda auditiva ou problemas com equilíbrio.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Sinusite recorrente nos últimos 12 meses.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Cirurgia ocular nos últimos 3 meses.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
QUADRO D – EU TENHO/TIVE:		
Lesão na cabeça com perda de consciência nos últimos 5 anos.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Lesão neurológica ou doença neurológica persistentes.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Crises recorrentes de enxaqueca nos últimos 12 meses, ou tomo medicamentos para preveni-las.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
"Apagamentos" ou desmaios (perda total/parcial da consciência) nos últimos 5 anos.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Epilepsia, tremores ou convulsões, OU tomo medicamentos para preveni-los.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
QUADRO E – EU TENHO/TIVE:		
Problemas de saúde comportamental, mentais ou psicológicos que requerem medicação/tratamento psiquiátrico.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Depressão grave, ideação suicida, ataques de pânico, transtorno bipolar descontrolado que requerem medicação/tratamento psiquiátrico.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Diagnóstico de uma condição de saúde mental ou um transtorno de aprendizagem/desenvolvimento que requer cuidados contínuos.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Vício em drogas ou álcool que requereram tratamento nos últimos 5 anos.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
QUADRO F – EU TENHO/TIVE:		
Problemas de coluna recorrentes, nos últimos 6 meses, que limitam minha atividade cotidiana.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Cirurgia nas costas ou coluna vertebral nos últimos 12 meses.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Diabetes, controlado por medicação ou por dieta, OU diabetes gestacional nos últimos 12 meses.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Uma hérnia não corrigida que limita minhas habilidades físicas.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Úlceras ativas ou não tratadas, feridas complexas ou cirurgia de úlcera nos últimos 6 meses.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
QUADRO G – EU TIVE:		
Cirurgia de ostomia e não tenho autorização médica para nadar ou praticar atividade física.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Desidratação que requereu intervenção médica nos últimos 7 dias.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Úlceras estomacais ou intestinais ativas ou não tratadas, ou cirurgia de úlcera nos últimos 6 meses.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Azia frequente, regurgitação ou doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Colite ulcerativa ou doença de Crohn ativas ou descontroladas.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>
Cirurgia bariátrica nos últimos 12 meses.	Sim <input type="checkbox"/> *	Não <input type="checkbox"/>

Saúde do Mergulhador | Formulário de Avaliação Médica

Nome do Participante

Nascimento

(Escreva)

Data (dia/mês/ano)

A pessoa acima mencionada solicita sua opinião sobre a aptidão médica dela para participar de treinamento ou atividade de mergulho autônomo ou mergulho livre recreativos. Por favor, visite uhms.org para orientação médica sobre condições médicas relacionadas ao mergulho. Revise as áreas relevantes ao seu paciente como parte de sua avaliação.

Resultado da Avaliação

- Aprovado – Não encontro condições que considero incompatíveis com mergulho autônomo ou mergulho livre recreativos.
- Não aprovado – Encontro condições que considero incompatíveis com mergulho autônomo ou mergulho livre recreativos.

Assinatura do Médico

Data (dia/mês/ano)

Nome do médico

Especialidade

(Escreva)

Clínica/Hospital

Endereço

Telefone

Email

Carimbo do Médico (CRM)

Criado pelo [Diver Medical Screen Committee](#) em associação com os seguintes:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego