



แบบสอบถามทางการแพทย์ Diver Medical | Participant Questionnaire

การดำน้ำแบบส쿠บาและการดำน้ำฟรีไดฟ์วิ่งแบบสันทนาการนั้นจะต้องมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ซึ่งมีเงื่อนไขทางการแพทย์บางประการที่อาจเป็นอันตรายได้ในขณะที่ดำน้ำ ตามที่ระบุไว้ด้านล่างนี้ ผู้ที่มีหรือมีแนวโน้ม เรื่องใด ๆ เหล่านี้ควรได้รับการประเมินอาการโดยแพทย์ แบบสอบถาม Diver Medical Participant Questionnaire

นี่ให้ข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาว่าคุณควรตรวจสอบการประเมินนั้นหรือไม่ หากคุณมีข้อสงสัยใด ๆ ก็ตามเกี่ยวกับสมรรถภาพทางกายกับการดำน้ำที่ไม่ได้แสดงในแบบฟอร์มนี้ กรุณาปรึกษากับแพทย์ของคุณก่อนการดำน้ำ หากคุณรู้สึกไม่สบาย ให้หลีกเลี่ยงการดำน้ำ หากคุณคิดว่าคุณเป็นโรคติดต่อ

ให้ป้องกันตัวเองและผู้อื่นโดยไม่เข้าร่วมในการฝึกอบรมการดำน้ำและ/หรือกิจกรรมดำน้ำให้อ้างอิงถึง "การดำน้ำ" ในแบบฟอร์มนี้ซึ่งจะครอบคลุมทั้งการดำน้ำแบบส쿠บาและการดำน้ำฟรีไดฟ์วิ่งแบบสันทนาการ แบบฟอร์มนี้ได้รับการออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อเป็นการคัดกรองทางการแพทย์เบื้องต้นสำหรับนักดำน้ำมือใหม่ แต่ยังเหมาะสำหรับนักดำน้ำที่ต้องการศึกษาต่อสูงขึ้น เพื่อความปลอดภัยของคุณ และความปลอดภัยของผู้อื่นที่อาจดำน้ำกับคุณ ขอความร่วมมือให้ตอบคำถามทุกข้อตามจริง

คำแนะนำ

กรอกแบบสอบถามนี้ให้เสร็จสมบูรณ์ก่อนที่จะเข้าร่วมการดำน้ำแบบสกุบาสันทนาการหรือหลักสูตร Freediving Course หมายเหตุสำหรับสุขภาพสตรี:

ถ้าคุณกำลังตั้งครรภ์ หรือคุณกำลังพยายามที่จะตั้งครรภ์ *อย่าดำน้ำ*

1. ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับปอด/การหายใจ หัวใจ โรคเลือด หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น COVID-19	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง A	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
2. ฉันอายุมากกว่า 45 ปี	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง B	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
3. ฉันพยายามออกกำลังกายระดับปานกลาง (เช่น เดิน 1.6 กม./หนึ่งไมล์ใน 14 นาทีหรือว่ายน้ำ 200 เมตร/หลายโดยไม่หยุดพัก) หรือฉันไม่สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายตามปกติเนื่องจากเหตุผลด้านสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
4. ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับดวงตา หูหรือช่องโหว่ของโพรงจมูก/ช่องโหว่ของโพรงจมูกไซนัส	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง C	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
5. ฉันเคยได้รับการผ่าตัดภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา หรือฉันเคยมีปัญหาอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
6. ฉันเคยมีภาวะเป็นลมหมดสติ มีอาการปวดศีรษะไมเกรน โรคลมชัก โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงหรือมีอาการบรรเทาจากการบาดเจ็บทางระบบประสาทหรือโรคทางระบบประสาทบ่อย ๆ	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง D	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
7. ปัจจุบันนี้ฉันอยู่ระหว่างการรักษา (หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในห้าปีที่ผ่านมา) สำหรับปัญหาทางด้านจิตใจ ความคิดผิดปกติทางบุคลิกภาพ ตกใจกลัวอย่างรุนแรง (Panic Attacks) หรือวิตกกังวลหรือแอลกอฮอล์ หรือฉันถูกวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางการเรียนรู้	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง E	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
8. ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับหลัง ไส้เลื่อน แผลพุพองหรือโรคเบาหวาน	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง F	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
9. ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะอาหารหรือลำไส้ รวมถึงอาการท้องเสียเมื่อไม่นานมานี้	ใช่ <input type="checkbox"/> ไปที่กล่อง G	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
10. ฉันกินยาหรือใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ (ยกเว้นยาคุมกำเนิดหรือยาด้านมาลาเรียนอกเหนือจาก Mefloquine/Lariam)	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

ลายเซ็นของผู้เข้าร่วม

หากคุณตอบว่า *ไม่ใช่* สำหรับคำถามทั้ง 10 ข้อข้างต้น ไม่จำเป็นต้องทำการประเมินทางการแพทย์ กรุณาอ่านและยอมรับข้อความสำหรับผู้เข้าร่วมที่อยู่อันล่างด้วยการลงนามและวันที่

ข้อความสำหรับผู้เข้าร่วม:

ข้าพเจ้าได้ตอบคำถามทุกข้อด้วยความสัตย์จริง

และเข้าใจว่าข้าพเจ้าต้องยอมรับความรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาจากคำถามใดก็ตามที่ข้าพเจ้าอาจตอบไม่ถูกต้องหรือไม่สามารถตอบคำถามของข้าพเจ้าในการเปิดเผยเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผ่านมา

ลายเซ็นผู้เข้าร่วม (หรือ ถ้าเป็นผู้เยาว์ จะต้องมีลายเซ็นของพ่อแม่/ผู้ปกครองของผู้สมัคร)

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อผู้เข้าร่วม

วันเดือนปีเกิด (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อครูผู้สอน

ชื่อสถานที่

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

แบบสอบถามทางการแพทย์ Diver Medical | Participant Questionnaire ต่อ

กล่อง A – อันเคยเป็น/ปัจจุบันเป็น:		
เคยผ่าตัดทรวงอก ผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการใส่ขดลวด หรือภาวะลมในเยื่อหุ้มปอด (ภาวะปอดแตก)	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
โรคหอบหืด มีเสียงหวัดระหว่างหายใจ โรคภูมิแพ้ ไข้ละอองฟาง (โรคแพ้ภูมิตนเอง) หรือเป็นหวัดคัดจมูกและจามบ่อย ๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาซึ่งจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายของฉันทันที	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
เคยมีปัญหาลิ้นหรือเจ็บปวักที่เกี่ยวข้องกับหัวใจของฉันทันที เช่น: โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกาย ภาวะหัวใจล้มเหลว อาการปอดบวม น้ำ หัวใจวายหรือโรคหลอดเลือดสมองหรือกั้นหรือใช้ยารักษาโรคหัวใจ	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจและหลอดเลือดในปัจจุบันมีอาการไอในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มปอดบวม	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ covid-19	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

กล่อง B – อันอายุมากกว่า 45 ปี และ:		
ปัจจุบันมีระดับไขมันหรือคอเลสเตอรอลสูง	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
มีระดับคอเลสเตอรอลสูง	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
มีระดับความดันโลหิตสูง	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ฉันทันทีมีประวัติคนในครอบครัวเสียชีวิตอย่างกะทันหันหรือเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองก่อนอายุ 50 ปีหรือมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจก่อนอายุ 50 ปี (รวมถึงภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือภาวะหัวใจ (Cardiomyopathy))	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

กล่อง C – อันเคยเป็น/ปัจจุบันเป็น:		
เคยผ่าตัดช่องโพรงจมูกไซนัสในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
มีโรคเกี่ยวกับหูหรือเยื่อแก้วหู สูญเสียการได้ยิน หูตึง หรือมีปัญหากับสมการภายในหู	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ช่องโพรงจมูกไซนัสอักเสบบ่อย ๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
เคยผ่าตัดคาในช่อง 3 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

กล่อง D – อันเคยเป็น/ปัจจุบันเป็น:		
เคยได้บาดเจ็บที่ศีรษะจนถึงขั้นหมดสติในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
เคยได้รับบาดเจ็บเกี่ยวกับระบบประสาทหรือโรคเรื้อรัง	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
อาการปวดศีรษะไมเกรนบ่อย ๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา หรือกินหรือใช้ยาเพื่อป้องกันอาการดังกล่าว	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
หน้ามีแผลเป็นลม (หมดสติทั้งหมดบางส่วน) ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
โรคลมบ้าหมู โรคลมชัก หรืออาการชักกระตุก หรือกินหรือใช้ยาเพื่อป้องกันอาการดังกล่าว	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

กล่อง E – อันเคยเป็น/ปัจจุบันเป็น:		
ได้รับการรักษาปัญหาทางด้านพฤติกรรม/สุขภาพจิตและจิตเวช	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
โรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตกใจกลัวอย่างรุนแรง (Panic Attacks) โรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคไบโพลาร์ (Bipolar Disorder) ที่ไม่สามารถควบคุมได้ต้องกินหรือใช้ยา/การรักษาทางจิตเวช	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือความบกพร่องในการเรียนรู้ปัญหาทางพัฒนาการที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
คิดฆ่าตัวตลหรือแอลกอฮอล์ที่ต้องเข้ารับการรักษาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

กล่อง F – อันเคยเป็น/ปัจจุบันเป็น:		
มีปัญหาเจ็บหลังบ่อย ๆ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาซึ่งจำกัดกิจกรรมประจำวันของฉันทันที	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ผ่าตัดหลังหรือกระดูกสันหลังในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
โรคเบาหวาน คิดยาเสพติดหรือควบคุมอาหาร หรือเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ได้เดือนที่ไม่ได้รับการรักษาซึ่งจำกัดความสามารถทางการเคลื่อนไหวของฉันทันที	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
แผลในกระเพาะอาหารหรือแผลในกระเพาะอาหารไม่ได้รับการรักษา มีปัญหาแผลในกระเพาะอาหาร หรือผ่าตัดแผลในกระเพาะอาหารในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

กล่อง G – อันเคยเป็น:		
ผ่าตัดลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ และไม่มีใบรับรองแพทย์ในการว่ายน้ำหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกาย	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ภาวะร่างกายขาดน้ำจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือทางการแพทย์ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
แผลในกระเพาะอาหารหรือแผลในกระเพาะอาหารไม่ได้รับการรักษาหรือแผลในลำไส้หรือผ่าตัดแผลในลำไส้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
แสบร้อนบริเวณหน้าอกและลิ้นปี่บ่อย ๆ เรอเปรี้ยวหรือโรคกรดไหลย้อน (GERD)	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
โรคลำไส้ใหญ่อักเสบหรือลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังหรือโรคโครห์น (Crohn's Disease)	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>
ผ่าตัดกระเพาะอาหารในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input type="checkbox"/> *	ไม่ใช่ <input type="checkbox"/>

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 - ข้าพเจ้าพบว่ามีเงื่อนไขที่ฉันพิจารณาว่าขัดแย้งกับการดำน้ำแบบสคูบาหรือการดำน้ำฟรีไดฟ์วิ้งแบบสันตนาการ

ลายเซ็นของแพทย์ _____ วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อของแพทย์ _____ 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