



הצהרה רפואית

קרא היטב לפני החתימה.

הצהרה זו תקבלי מידע על סכנות הצלילה ועל ההתנהגות הנדרשת במהלך הקורס. הנך נדרשת/לחתום על הצהרה על מנת להשתתף בקורס הצלילה הנערך ע"י המדריך _____ במועדון _____ הנמצא ב_____. קרא/י הצהרה זו בטרם תחתום/י עליה. עליך למלא את ההצהרה הרפואית, הכוללת סעיפי היסטוריה רפואית, בכדי להירשם לקורס הצלילה. אם אתה/קטין/ה, הורה או אפוטרופוס חייב לחתום על ההצהרה.

צלילה היא פעילות מרתקת ותובענית. במידה ופועלים נכון ומשתמשים בטכניקות הנכונות, צלילה הנה בטוחה מאוד. עם זאת, כאשר חוקי הבטיחות אינם נשמרים, קיימת סכנה. על מנת לצלול בבטחה, לאנשים בעלי משקל חריג במיוחד או כושר גרוע אסור לצלול. תחת תנאים מסוימים, צלילה עלולה להיות מאמצת ביותר. מערכות כלי הדם והנשימה צריכות להיות במצב טוב. על כל חללי האוויר בגוף להיות רגילים ובריאים. לאדם הסובל מבעיות לב, הצטננות, גודש, אפילפסיה, אסטמה, בעיה בריאותית רצינית או תחת השפעת אלכוהול או סמים- אסור לצלול. באם אתה/צורך/ת תרופות, היוועץ עם רופא ועם המדריך לפני השתתפותך בקורס הצלילה. בנוסף, יהיה עליך ללמוד מהמדריך את חוקי הבטיחות הנוגעים לנשימה ולהשוואת לחצים. שימוש לא נכון בצידוד הצלילה עלול לגרום לפגיעה רצינית. על מנת להשתמש בצידוד בצורה בטוחה, חובה עליך לעבור הדרכה מקיפה ממדריך צלילה מוסמך. לשאלות נוספות לגבי ההצהרה הרפואית או סעיפי ההיסטוריה הרפואית, דבר/י עם המדריך בטרם תחתום/י.

היסטוריה רפואית

לחניך/ה:

כוונת השאלון הרפואי הנה להחליט האם יש צורך בבדיקה לפני הקורס. תשובה חיובית לשאלה אינה בהכרח פוסלת אותך מהקורס, אלא מעידה כי קיימת בעיה העלולה להשפיע ויש צורך להתייעץ ברופא צלילה.

ענה/י "כן" או "לא" על השאלות הבאות. אם אינך בטוח/ה, ענה "כן". במידה ואחד מהמצבים הבאים נוגעים לגביך, אנו מבקשים שתידק/י אצל רופא צלילה בטרם תשתתף/י בקורס. המדריך יספק לך טופס הצהרה רפואית והנחיות כלליות לבדיקה רפואית עבור צלילה ספורטיבית, אותם תיקח אל הרופא.

_____ האם את בהריון או מנסה להרות?

_____ האם אתה/נוטל/ת תרופות בקביעות?

_____ האם אתה/מעל גיל 45 והנך- * מעשן סיגריות, סיגרים, מקטרת. * סובל מעודף שומנים בדם. * במשפחתך ישנה היסטוריה של התקפי לב או אירועים מוחיים?

_____ האם הנך סובל/ת כעת או בעבר מ:

_____ אסטמה או קוצר נשימה במאמץ?

_____ אלרגיות או קדחת השחת?

_____ הצטננות, סינוסיטיס או ברונכיטיס לעתים קרובות?

_____ סוג כלשהו של מחלת ריאות?

_____ התמוטטות ריאה (פניאומוטורקס)?

_____ ניתוחי חזה?

_____ פחד ממקומות סגורים (קלסטרו פוביה) או פתוחים (אגורפוביה)?

_____ בעיות התנהגות (נפשיות)?

_____ אפילפסיה, פרכוסים, עוויתות והאם הנך מקבל/ת טיפול קבוע?

_____ מיגרנות קשות והאם הנך מקבל/ת טיפול מונע?

_____ התעלפויות או איבוד הכרה חלקי/מלא?

_____ מחלת נסיעה, מחלת ים (בחילה בנסיעה, הקאה וכד') לעיתים תכופות?

_____ האם עברת תאונת צלילה ו/או טיפול בתא לחץ?

_____ מחלות עמוד שדרה?

_____ ניתוחי עמוד שדרה?

_____ סוכרת?

_____ שברים או ניתוחים בידיים/רגליים?

_____ קושי בביצוע מאמץ גופני (לדוגמא הליכת 1.5 ק"מ תוך 12 דקות)?

_____ יתר לחץ דם (האם הנך תחת טיפול תרופתי ללחץ דם)?

_____ מחלות לב?

_____ התקפי לב?

_____ תעוקת החזה/הלב או ניתוח לב/כלי דם?

_____ ניתוח סינוסים או אוזניים?

_____ מחלות אוזניים, איבוד שמיעה או בעיות שיווי משקל?

_____ קושי משמעותי בהשוואת לחצים באוזניים במטוס או במקומות גבוהים?

_____ דימומים (מהאף) או הפרעות בקרישת דם?

_____ כל סוגי בקע (קילה)?

_____ כיב (אולקוס) או ניתוח אולקוס?

_____ ניתוח המעי הגס (קולוסטומיה)?

_____ שימוש בסמים או צריכת יתר של אלכוהול?

_____ המידע שמסרת/י על ההיסטוריה הרפואית שלי הוא מדויק למיטב ידיעתי.

חתימה (חניך או אפוטרופוס) _____ תאריך _____