

הצהרה על סטטוס רפואי - כשירות לצלילת מכשירים

הצהרה זו מכילה מידע על סיכונים אפשריים בצלילת מכשירים ועל הנדרש ממך המועמד לקורס הצלילה במשך הקורס וכתנאי כשירו רפואית לכניסה לקורס. חתימתך נדרשת על מנת לאפשר את השתתפותך בקורס הצלילה של tdi/sdi הנערך ב:

בִּיה"ס לצלילה: _____ בכתובת: _____ ע"י המדריך: _____ מס' מדריך: _____

על מנת להמשיך בתהליך עליך לחתום על ההצהרה הרפואית ועל טופס השחרור מאחריות. במידה והינך קטין על פי החוק עליך להחתים הורה/אפוטרופוס על הצהרה זו. קרא היטב את ההצהרה וברר היטב את הנתונים הנדרשים לחתימתך. צלילה הנה פעילות הדורשת כשירות רפואית המונעת פגיעות בגוף ובבריאות העוסקים בה. כשירות זו מתלווה התנהגות על פי על הכללים והטכניקות הנלמדים בקורס הצלילה ועל פי הסטנדרטים של ארגון הצלילה tdi/sdi. על מנת לצלול בבטחה - עליך לא להיות שמן באופן חריג או בעל חוסר כושר גופני לחלוטין, מערכות הנשימה וחילוף החומרים שלך חייבות להיות במצב בריאותי תקין. אדם עם בעיות לב, חולה בשפעת תקופתית בעל עבר של אסטמה, מחלת הנפילה, מחלות נוספות או נמצא תחת השפעת אלכוהול/סמים אסור לו לצלול. אם הנך בטיפול תרופתי עליך להתייעץ עם רופא ו/או מדריך הצלילה שלך. בקורס הצלילה תלמד על כל השפעות הצלילה על גוף האדם, השפעות הלחץ התת מימי, נשימה מתחת לפני המים, כמו גם השוואת הלחצים ושימוש בציוד צלילה. שימוש לא נכון בציוד עלול לגרום לפגיעה חמורה בבריאותך, הקפד למלא אחר כל ההוראות בכל נושא כפי שתדרש. מדריך הצלילה עומד לרשותך להבהרות באשר להצהרה רפואית זו - העזר בו לפני שהנך חותם.

פרטים אישיים על המועמד לקורס צלילה:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מין ז/נ גיל: _____ תאריך לידה: _____ / _____ / _____
ת.ז.: _____ גובה: _____ ס"מ משקל: _____ ק"ג

היסטוריה רפואית

הנחיות למילוי ההצהרה:

מילויי שאלון זה הנו למטרת ברור האם יש צורך שתיבדק ע"י רופא לפני השתתפותך בקורס הצלילה. מענה חיובי לאחת מהשאלות המופיעות ברשימה אינו פוסל אותך באופן אוטומטי לצלילה, אלא מצביע על מצב בו נדרשת לחוות דעת רופא על מנת להמליץ סופית על כשירותך ללמוד צלילת מכשירים. עליך לענות על השאלות במקום המיועד לכך בכן או לא. אם אינך בטוח בתשובה, עדיף שתתייעץ במדריך או שתענה ב-כן ועל ידי כך תופנה לקבלת חוות דעת של רופא. מדריך הצלילה יצייד אותך בטופס המתאים ויפנה אותך לרופא המתאים.

- | | |
|---|---------|
| 1. האם את/ה סובל/ת ממיגרנות | כן / לא |
| 2. האם סבלת מדלקת קרום המוח או מחלה נוירולוגית | כן / לא |
| 3. האם היו לך אירועים של איבוד הכרה, התעלפויות חוזרות | כן / לא |
| 4. האם סבלת בעבר מזעזוע מוח או חבלת ראש | כן / לא |
| 5. האם קרו בעבר אירועים של התכווצויות (אפילפסיה) | כן / לא |
| 6. האם עברת ניתוח ראש | כן / לא |
| 7. האם היה בעבר פציעה או חבלה בצלעות | כן / לא |
| 8. האם סבלת "מחזה אויר" | כן / לא |
| 9. האם חלית בשחפת | כן / לא |
| 10. האם הינך סובל משיעול כרוני | כן / לא |
| 11. האם הינך סובל מאסטמה, ברונכיט ספסטית | כן / לא |
| 12. האם הינך סובל מנזלת כרונית, אלרגיה, דלקת עור אביבית | כן / לא |
| 13. האם הינך סובל מקדחת השחת | כן / לא |
| 14. האם היה בעבר חבלה באף, סטיית מחיצת האף | כן / לא |
| 15. האם היה בעבר ניתוח באף/סינוסים/אוזניים | כן / לא |
| 16. האם אתה סובל מדלקות אוזניים | כן / לא |
| 17. האם סבלת מקרע/חור בעור התוף | כן / לא |
| 18. האם אתה סובל מסינוסיטיס כרוני | כן / לא |
| 19. האם מרכיב משקפיים/עדשות מגע | כן / לא |
| 20. האם סבלת ממחלת/ניתוח עיניים | כן / לא |
| 21. האם קיים קושי באבחנת צבעים | כן / לא |
| 22. האם סבלת מבעיות ברשתית העיניים | כן / לא |
| 23. האם סבלת ממחלת לב כלילית/אנגינה פקטוריס התקף לב | כן / לא |
| 24. האם סבלת מדלקת כרום הלב/מחלת מסתמים | כן / לא |
| 25. האם עברת ניתוח לב | כן / לא |
| 26. האם סבלת מהפרעות קצב/דפיקות לב | כן / לא |
| 27. האם אתה מטופל ביתר לחץ דם | כן / לא |
| 28. האם סבלת מקוצר נשימה/כאב בחזה במאמץ | כן / לא |
| 29. האם אתה סובל ממחלת דם כרונית | כן / לא |
30. האם אתה סובל מאי תפקוד כליות
31. האם אתה סובל מכאבי בטן חוזרים
32. האם עברת תאונת צלילה בעבר
33. האם אתה סובל ממחלות מעיים
34. האם ישנם דימומים בדרכי העיכול
35. האם אתה סובל מצרבת כרונית
36. האם יש לך בקע
37. האם עברת ניתוח בטן/מעיים
38. האם אתה סובל ממחלת פרקים
39. האם אתה סובל ממחלת עצבים
40. האם ישנה חולשה בשרירים/גפיים
41. האם ישנה מחלה בחוט השדרה
42. האם יש עודף משקל
43. האם אתה סובל מסוכרת מטופלת
44. האם ישנה הפרעה בבלוטות כרונית
45. האם אתה מעשן כן: כמות ליום: _____ / לא
46. האם יש שיניים תותבות
47. האם את בהריון
48. האם יש לך נכות פיזית
49. האם נפצעת באופן חמור
50. האם אתה צורך יתר סמים/אלכוהול
- אם ענית על אחת או יותר מהשאלות בכך נא פרט כאן:** _____
- האינפורמציה שמסרתי לעיל הינה מדוייקת למיטב הבנתי:
- חתימה: _____ תאריך: _____ / _____ / _____
- אפוטרופוס: _____ תאריך: _____ / _____ / _____
- רופא: _____ תאריך: _____ / _____ / _____