

# ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ

Ιστορικό Συμμετέχοντα (Εμπιστευτικές Πληροφορίες)

## Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά πριν υπογράψετε

Αυτή είναι μία δήλωση στην οποία ενημερώνεστε για ορισμένους ενδεχόμενους κινδύνους που συνδέονται με την αυτόνομη κατάδυση, και για τη διεξαγωγή που απαιτείται από εσάς κατά τη διάρκεια του προγράμματος εκπαίδευσης αυτόνομης κατάδυσης. Η υπογραφή σας σε αυτή δήλωση απαιτείται για τη συμμετοχή σας σε πρόγραμμα εκπαίδευσης αυτόνομης κατάδυσης που προσφέρεται από \_\_\_\_\_ και

Εκπαιδευτής

\_\_\_\_\_ που βρίσκεται

Κατάστημα

στην πόλη \_\_\_\_\_ Πολιτεία/επαρχία \_\_\_\_\_

Διαβάστε αυτή τη δήλωση πριν την υπογράψετε. Πρέπει να συμπληρώσετε αυτή την Ιατρική Δήλωση, η οποία συμπεριλαμβάνει ένα τμήμα ιατρικού ερωτηματολογίου, για την εγγραφή στο πρόγραμμα εκπαίδευσης αυτόνομης κατάδυσης. Εάν είστε ανήλικος/-η, πρέπει να υπογράψει αυτή τη Δήλωση γονέας ή κηδεμόνας.

Η κατάδυση είναι μία συναρπαστική και απαιτητική δραστηριότητα. Όταν εκτελείται σωστά, εφαρμόζοντας ενδεδειγμένες τεχνικές, είναι σχετικά ασφαλή. Ωστόσο, όταν δεν ακολουθούνται οι καθιερωμένες διαδικασίες ασφαλείας, τότε αυξάνονται οι κίνδυνοι.

## Ιατρικό Ερωτηματολόγιο Αυτών Προς το Συμμετέχοντα:

Ο σκοπός αυτού του Ιατρικού Ερωτηματολογίου είναι να βρεθεί εάν θα πρέπει να εξετασθείτε από τον ιατρό σας πριν τη συμμετοχή σας σε εκπαίδευση δύτης αναψυχής. Μια θετική απάντηση σε μια ερώτηση δεν σας αποκλείει απαραίτητα από την κατάδυση. Μια θετική απάντηση σημαίνει ότι υπάρχει μία προϋπάρχουσα κατάσταση που μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ασφάλειά σας ενώ καταδύεστε και πρέπει να επιδιώξετε τη συμβουλή του παθολόγου σας πριν από τη συμμετοχή σε καταδυτικές δραστηριότητες.

\_\_\_\_\_ Μπορεί να είστε έγκυος, ή σκοπεύετε να μείνετε έγκυος;

\_\_\_\_\_ Παίρνετε φάρμακα χορηγούμενα με ιατρική συνταγή; (με εξαίρεση τα αντισυλληπτικά ή τα φάρμακα κατά της ελονοσίας)

\_\_\_\_\_ Είστε πάνω από 45 ετών και μπορείτε να απαντήσετε ΝΑΙ σε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω;

- καπνίζετε πάπα, τσιγάρα ή πούρα
- έχετε υψηλά επίπεδα χοληστερίνης
- έχετε οικογενειακό ιστορικό καρδιακής προσβολής ή εγκεφαλικού;
- Κατά την παρούσα περίοδο βρίσκεστε υπό ιατρική περίθαλψη;
- Υψηλή πίεση
- Σακχαρώδη διαβήτη, ακόμη κι αν αυτός ελέγχεται μόνο με διαιτητική αγωγή

## Είχατε ποτέ ή έχετε την παρούσα περίοδο...

\_\_\_\_\_ Άσθμα, ή συριγμώδη ήχο στην αναπνοή, ή συριγμώδη ήχο ενώ αθλείστε;

\_\_\_\_\_ Συχνές ή σοβαρές κρίσεις υψηλού πυρετού ή αλλεργίας;

\_\_\_\_\_ Συχνά κρουαλογήματα, παρραρινοκολπίτιδα ή βρογχίτιδα;

\_\_\_\_\_ Οποιαδήποτε μορφή πάθησης στους πνεύμονες;

\_\_\_\_\_ Άλλες παθήσεις ή εγχειρίσεις στο θώρακα;

\_\_\_\_\_ Προβλήματα συμπεριφοράς ή ψυχικά ή ψυχολογικά προβλήματα (κρίσεις πανικού, φόβος σε κλειστούς ή ανοικτούς χώρους);

\_\_\_\_\_ Επιληψία, κρίσεις, σπασμούς ή ακολουθείτε φαρμακευτικές αγωγές για την πρόληψή τους;

\_\_\_\_\_ Υποτροπιάζουσες περιπλοκές κεφαλαλγίες ή ακολουθείτε φαρμακευτικές αγωγές για την πρόληψή τους;

\_\_\_\_\_ Μπλάκαους ή λιποθυμίες (ολική/μερική απώλεια αισθήσεων);

\_\_\_\_\_ Υποφέρετε από συχνή ή σοβαρή νόσο των ταξιδιωτών (ναυτία, αίσθημα κακουχίας από ασυνήθιστη κίνηση με αυτοκίνητο κ.λπ.);

Για να καταδύεστε με ασφάλεια με αυτόνομη αναπνευστική συσκευή, δεν θα πρέπει να είστε υπερβολικά υπέρβαροι, ή σε κακή φυσική κατάσταση. Η κατάδυση μπορεί να είναι επίπονη κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σας σύστημα πρέπει να είναι φυσιολογικό και υγιές. Ένα άτομο που πάσχει από στεφανιαία πάθηση, κρουαλόγημα ή συμφορήση, επιληψία, σοβαρό ιατρικό πρόβλημα ή βρίσκεται υπό την επήρεια αλκοόλ ή φαρμάκων δεν θα πρέπει να καταδύεται. Εάν έχετε άσθμα, καρδιοπάθεια, άλλες χρόνιες ιατρικές παθήσεις, ή ακολουθείτε φαρμακευτική αγωγή σε μόνιμη βάση, θα πρέπει να συμβουλευτείτε τον ιατρό σας και τον εκπαιδευτή πριν τη συμμετοχή σας σε αυτό το πρόγραμμα, και σε μόνιμη βάση μετά την ολοκλήρωσή σας σε αυτό. Επίσης, θα μάθετε από τον εκπαιδευτή, τους σημαντικούς κανόνες ασφαλείας όσον αφορά στην αναπνοή και στην εξίσωση ενώ πραγματοποιείτε αυτόνομη κατάδυση. Η εσφαλμένη χρήση εξοπλισμού αυτόνομης κατάδυσης μπορεί να καταλήξει σε σοβαρό τραυματισμό. Πρέπει να εκπαιδευτείτε προσεκτικά στη χρήση του εξοπλισμού, υπό την άμεση επίβλεψη ενός καταρτισμένου εκπαιδευτικού, για να τον χρησιμοποιήσετε με ασφάλεια.

Εάν έχετε οποιαδήποτε επιπρόσθετη ερώτηση όσον αφορά σε αυτή την Ιατρική Δήλωση και στο τμήμα του Ιατρικού Ερωτηματολογίου, επανεξετάστε τα μαζί με τον εκπαιδευτή σας πριν υπογράψετε.

Παρακαλούμε απαντήστε τις ακόλουθες ερωτήσεις που αφορούν σε παρελθόν ή παρόν ιατρικό ιστορικό σας με ένα **ΝΑΙ** ή **ΟΧΙ**. Εάν δεν είστε βέβαιοι, απαντήστε **ΝΑΙ**. Εάν οποιαδήποτε από αυτές τις περιπτώσεις σας αφορά, απαιτείται να συμβουλευτείτε γιατρό πριν λάβετε μέρος σε μία κατάδυση αναψυχής. Ο εκπαιδευτής σας θα σας προμηθεύσει με την Ιατρική Δήλωση της RSTC και με τις Οδηγίες για την Ιατρική Εξέταση Δύτη Κατάδυσης Αναψυχής για να προσκομίσετε στο γιατρό σας.

\_\_\_\_\_ Δυσεντερία ή αφυδάτωση που απαιτεί ιατρική παρέμβαση;

\_\_\_\_\_ Οποιοδήποτε καταδυτικό ατύχημα ή νόσο της αποσυμπίεσης;

\_\_\_\_\_ Ανικανότητα εκτέλεσης ήπιας γυμναστικής (π.χ. περπάτημα 1,6 χλμ/ώρα μέσα σε 12 λεπτά);

\_\_\_\_\_ Τραυματισμό στο κεφάλι με απώλεια αισθήσεων μέσα στα τελευταία πέντε χρόνια;

\_\_\_\_\_ Επαναλαμβανόμενα προβλήματα στην πλάτη;

\_\_\_\_\_ Εγχείριση στην πλάτη ή στη σπονδυλική στήλη;

\_\_\_\_\_ Διαβήτη;

\_\_\_\_\_ Προβλήματα πλάτης, βραχίονα ή ποδιών μετά από εγχείριση, τραυματισμό ή κάταγμα;

\_\_\_\_\_ Υψηλή πίεση ή ακολουθείτε φαρμακευτική αγωγή για τον έλεγχο της πίεσης του αίματος;

\_\_\_\_\_ Καρδιακές παθήσεις;

\_\_\_\_\_ Καρδιακή προσβολή;

\_\_\_\_\_ στηθάγχη, εγχείριση καρδιάς ή εγχείριση αρτηρίας;

\_\_\_\_\_ εγχείριση ιγμορείου;

\_\_\_\_\_ Πάθηση ή εγχείριση στα αυτιά, απώλεια ακοής ή προβλήματα ευστάθειας;

\_\_\_\_\_ Υποτροπιάζοντα προβλήματα στα αυτιά;

\_\_\_\_\_ Αιμορραγία ή άλλες διαταραχές στο αίμα;

\_\_\_\_\_ Κήλη;

\_\_\_\_\_ Έλκη ή εγχείριση έλκους;

\_\_\_\_\_ Κολοστομία ή ειλεοστομία;

\_\_\_\_\_ Χρήση ναρκωτικών για ψυχαγωγικούς σκοπούς ή για θεραπευτική αγωγή ή αλκοολισμό κατά την τελευταία πενταετία;

**Οι πληροφορίες που παρέχω όσον αφορά στο ιατρικό μου ιστορικό είναι ακριβείς από όσο γνωρίζω. Συμφωνώ να αναλάβω την ευθύνη για παραλείψεις από αμέλειά μου για οποιαδήποτε υπάρχουσα ή προϋπάρχουσα πάθηση υγείας.**

Υπογραφή

Ημερομηνία

Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα

Ημερομηνία

# ΜΑΘΗΤΗΣ

## Παρακαλώ γράψτε ευανάγνωστα.

Όνοματεπώνυμο \_\_\_\_\_ Ημ/νία Γέννησης \_\_\_\_\_ Ηλικία \_\_\_\_\_  
Ονομα Αρχικά Επίθετο Ημ./Μήνας/Έτος

Διεύθυνση αλληλογραφίας \_\_\_\_\_

Πόλη \_\_\_\_\_ Πολιτεία/ Επαρχία/Περιφέρεια \_\_\_\_\_

Χώρα \_\_\_\_\_ Ταχ. Κώδικας \_\_\_\_\_

Τηλ. Κατοικίας ( ) \_\_\_\_\_ Τηλ. Εργασίας ( ) \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Φαξ \_\_\_\_\_

## Όνομα και διεύθυνση του οικογενειακού σας ιατρού

Ιατρός \_\_\_\_\_ Κλινική/Νοσοκομείο \_\_\_\_\_

Διεύθυνση \_\_\_\_\_

Ημ/νία τελευταίας ιατρικής εξέτασης \_\_\_\_\_

Όνομα εξεταστή \_\_\_\_\_ Κλινική/Νοσοκομείο \_\_\_\_\_

Διεύθυνση \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο ( ) \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Σας έχει ποτέ ζητηθεί να πραγματοποιήσετε ιατρικές εξετάσεις για κατάδυση;  Ναι  Όχι Εάν ναι, τότε; \_\_\_\_\_

# ΙΑΤΡΟΣ

Το άτομο αυτό επιθυμεί να εκπαιδευτεί ή ήδη έχει πιστοποιηθεί να ασχοληθεί με κατάδυση με αυτόνομη αναπνευστική συσκευή (scuba – self contained underwater breathing apparatus). Απαιτείται η γνώμη σας για την ιατρική κατάσταση του αιτούντα για αυτόνομη κατάδυση. Για δική σας ενημέρωση και αναφορά επισυνάπτονται κατευθυντήριες οδηγίες.

## Ιατρική Γνωμάτευση

Δεν διαπιστώθηκαν ιατρικές παθήσεις τις οποίες θεωρώ ως ασυμβίβαστες με την κατάδυση

Μου είναι αδύνατο να υποδείξω αυτό το άτομο για κατάδυση.

Παρατηρήσεις \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ιατρού ή Νομίμου Εκπροσώπου Ιατρού Παθολόγου \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_  
Ημ/Μήνας/Έτος

Ιατρός \_\_\_\_\_ Κλινική/Νοσοκομείο \_\_\_\_\_

Διεύθυνση \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο ( ) \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_