



KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Ja (imię i nazwisko) _____ rozumiem, że nurkowanie wymaga dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego.

Proszę dokładnie przeczytać każde pytanie i w udzielić odpowiedzi **TAK** lub **NIE**. Formularz oraz Twoje odpowiedzi są poufne. W przypadku odpowiedzi pozytywnych (TAK), należy przejść do wskazanych kolejnych sekcji/pól w części drugiej.

CZĘŚĆ PIERWSZA.

Uwaga dla kobiet: Jeśli jesteś w ciąży lub próbujesz zajść w ciążę, nie nurkuj!

1.	Mam lub miałam/em problemy z płucami/oddychaniem, sercem, krwią.	<input type="checkbox"/> TAK (uzupełnij pole A)	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Mam ponad 45 lat.	<input type="checkbox"/> TAK (uzupełnij pole B)	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Mam trudności z wykonywaniem umiarkowanych ćwiczeń (np. przejście 1,6 km w ciągu 14 minut lub przepłynięcie 200 metrów bez odpoczynku), LUB nie byłem w stanie uczestniczyć w normalnym wysiłku fizycznym z powodu kondycji fizycznej lub stanu zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	Mam lub miałam/em problemy z oczami, uszami, przewodami nosowymi, płucami lub zatokami.	<input type="checkbox"/> TAK (uzupełnij pole C)	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Miałam/em operację w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB mam ciągle problemy związane z wcześniejszymi operacjami.	<input type="checkbox"/> TAK (uzupełnij pole D)	<input type="checkbox"/> NIE
6.	Straciłam/em przytomność, miałam/em migrenowe bóle głowy, napady drgawek, udar mózgu, istotny uraz głowy, lub cierpię na trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	<input type="checkbox"/> TAK (uzupełnij pole E)	<input type="checkbox"/> NIE
7.	Obecnie jestem leczona/y (lub wymagałam/em leczenia w ciągu ostatnich pięciu lat) z powodu problemów psychologicznych, zaburzeń osobowości, ataków paniki, uzależnienia od narkotyków lub alkoholu, lub zostałam/em zdiagnozowana/y jako osoba z zaburzeniami uczenia się.	<input type="checkbox"/> TAK (uzupełnij pole F)	<input type="checkbox"/> NIE
8.	Mam lub miałam/em lub mam problemy z plecami, przepuklinę, owrzodzenia albo cukrzycę.	<input type="checkbox"/> TAK (uzupełnij pole G)	<input type="checkbox"/> NIE
9.	Miałam/em lub mam problemy żołądkowe lub jelitowe, w tym w ostatnim czasie biegunki.	<input type="checkbox"/> TAK (uzupełnij pole H)	<input type="checkbox"/> NIE
10.	Przyjmuję leki przepisane przez lekarza na receptę (z wyjątkiem leków antykoncepcyjnych lub przeciwmalarycznych innych niż meflochina (Lariam)).	<input type="checkbox"/> TAK (uzupełnij pole I)	<input type="checkbox"/> NIE

CZĘŚĆ DRUGA. Wypełnij, jeśli zostałaś/eś przekierowany w części pierwszej.

POLE A. Mam/Miałam/Miałam:		
Operację klatki piersiowej, operację serca, operację zastawek serca, założenie stentu, implantację urządzenia medycznego (np. stymulatora serca lub układu nerwowego) lub odmę opłucnową (zapadnięte płuco).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Astmę, świszczący oddech, nasilone alergie, katar sienny lub niedrożne drogi oddechowe, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, które ograniczały moją aktywność fizyczną / aktywność sportową.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Problem lub chorobę związaną z moim sercem, na przykład: dusznicę bolesną, ból w klatce piersiowej przy wysiłku, niewydolność serca, obrzęk płuc, zawał serca lub udar mózgu, LUB przyjmuję leki na jakąkolwiek chorobę serca.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nawracające zapalenie oskrzeli i kaszel w ciągu ostatnich 12 miesięcy, LUB zdiagnozowaną rozedmę.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

POLE B. Mam ponad 45 lat oraz:		
Obecnie palę lub wdycham nikotynę w inny sposób.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Mam wysoki poziom cholesterolu.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Mam wysokie ciśnienie krwi.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Miałam/em bliskiego krewnego zmarłego nagle lub z powodu choroby serca lub udaru mózgu przed 50 rokiem życia, LUB mam w rodzinnym wywiadzie chorobę serca u osób przed 50 rokiem życia (w tym zaburzenia rytmu serca, chorobę wieńcową lub kardiomiopatię).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

POLE C. Mam/Miałam/Miałam:		
Operację zatok w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z równowagą.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Powtarzające się zapalenie zatok w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Operację oka w ciągu ostatnich 3 miesięcy.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

POLE D. Opisz rodzaj operacji oraz występujące problemy:		



POLE E. Mam/Miałem/Miałam:		
Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich 5 lat.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Powtarzające się migrenowe bóle głowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub przyjmują leki, aby im zapobiec.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Utratę przytomności lub omdlenie (całkowita/częściowa utrata świadomości) w ciągu ostatnich 5 lat.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Padaczkę, napady padaczkowe lub drgawki, LUB przyjmują leki, aby im zapobiec.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

POLE F. Mam/Miałem/Miałam:		
Problemy behawioralne, psychiczne lub psychologiczne wymagające leczenia medycznego/psychiatrycznego.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Poważną depresję, myśli samobójcze, ataki paniki, niekontrolowaną chorobę dwubiegunową wymagającą leczenia farmakologicznego/psychiatrycznego.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zdiagnozowany stan zdrowia psychicznego lub zaburzenie uczenia się/rozwoju, który wymaga stałej opieki lub specjalnego zakwaterowania.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Uzależnienie od narkotyków lub alkoholu wymagające leczenia w ciągu ostatnich 5 lat.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

POLE G. Mam/Miałem/Miałam:		
Powtarzające się w ciągu ostatnich 6 miesięcy problemy z plecami, które ograniczają moją codzienną aktywność.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Operację pleców lub kręgosłupa w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Cukrzyca, zarówno kontrolowana przez leki, jak i przez dietę, LUB cukrzyca ciążowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nieskorygowaną przepuklinę, która ogranicza moje możliwości fizyczne.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktywne lub nieleczone owrzodzenia, problematyczne rany lub chirurgiczne leczenie owrzodzeń w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

POLE H. Mam/Miałem/Miałam:		
Operację stomii i nie mam zezwolenia lekarskiego na pływanie lub angażowanie się w aktywność fizyczną.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Odwodnienie wymagające interwencji medycznej w ciągu ostatnich 7 dni.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktywne lub nieleczone wrzody żołądka lub jelita lub chirurgiczne leczenie wrzodów przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Częstą zgagę, regurgitację lub refluks żołądkowo-przełykowy (GERD).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktywne lub niekontrolowane wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Operację bariatryczną w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

POLE I. Przyjmuje stale poniższe leki:		

Oświadczenie Uczestnika

Ja (imię i nazwisko) _____

Oświadczam, że na wszystkie powyższe pytania odpowiedziałem/am zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że przyjmuję odpowiedzialność za wszelkie konsekwencje wynikające z pytań, na które odpowiedziałam/em nieprecyzyjnie lub za nieujawnienie jakichkolwiek obecnych lub przeszłych stanów zdrowia. Rozumiem także, że nurkowanie uprawiane z wykorzystaniem sprężonego powietrza, mieszanin oddechowych ze zwiększoną zawartością tlenu (NITROX) oraz zawartością helu (TRIMIX) jest wyczerpujące fizycznie i wymaga wysiłku fizycznego a zmiany ciśnienia wymagają odpowiedniego stanu zdrowia w szczególności – serca, płuc, uszu i zatok. Niniejszym potwierdzam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą stan mojego zdrowia, moich dróg oddechowych i mojego układu krążenia jest odpowiednio dobry do uczestnictwa w kursie i do realizacji założonych celów nurkowych. Rozumiem, że nurkowanie może spowodować uszczerbek na zdrowiu lub śmierć w wyniku choroby dekompresyjnej, zatorów, uszkodzeń ciała przez zwierzęta podwodne, barotraumy, hiperbarii. W wyniku nurkowania mogą nastąpić uszkodzenia wymagające leczenia w komorze dekompresyjnej, a także może wystąpić atak serca, hiperwentylacja spowodowana paniką, zatrucie tlenowe, narkoza wywołana przez gazy obojętne, utonięcie oraz inne. Rozumiem, że jeśli nie jestem pewien stanu mojego zdrowia muszę bezwzględnie przebadać się i uzyskać zaświadczenie od lekarza.

Podpis uczestnika kursu

Data

.....
Podpisy rodziców lub opiekunów (w przypadku osób niepełnoletnich)

.....
Data