



הצהרה רפואית תיק מעקב-מידע חסוי נא לקרוא בעיון לפני החתימה.

בהצהרה זו מסר לך מידע על מספר סיכונים פוטנציאליים בצלילת מכלים ועל ההתנהגות הנדרשת ממך במשך קורס הצלילה.

חתימתך ל הצהרה זו דרושה על מנת לאפשר את השתתפותך בקורס הצלילה

הנערך במועדון: _____

המדריך: _____

כתובת המועדון: _____

קרא את ההצהרה ושוחח עליה עם המדריך לפני החתימה. חובה להשלים הצהרה רפואית זו, הכוללת את הצהרת עברך הרפואי, על מנת להתקבל לקורס הצלילה. אם הנך קטין, עליך להחתימם את אחד ההורים ההצהרה.

צלילה היא פעילות מלהיבה ותובענית. הפעילות בטוחה מאד אשר היא מבוצעת נכון תוך שימוש בטכניקות נכונות. אך כאשר אין ממלאים אחר נהלי הבטיחות שנקבעו ישנן סכנות. על מנת לצלול בבטחה אסור עליך להיות כבד משקל בצורה קיצונית או ללא כושר גופני מינימאלי. צלילה יכולה להיות מאומצת בתנאים מסוימים. על מערכת הלב-ראה שלך להיות במצב בריאות תקין.

על כל חללי האוויר בגוף להיות נורמאליים ובריאים. אנשים עם מחלת לב, הצטננות או נזלת, אפילפסיה, אסטמה, בעיה רפואית חמורה, או תחת השפעת אלכוהול או סמים אינם צריכים לצלול. אם אתה משתמש בתרופה, התייעץ עם רופא ועם מדריך צלילה לפני שתשתתף בקורס זה. בנוסף תצטרך ללמוד מהמדריך את כללי הבטיחות החשובים לגבי נשימה והשוואת לחצים בעת צלילה. שימוש לא נכון בציוד צלילה עלול לגרום לפגיעה חמורה. כדי שתוכל להשתמש בציוד בבטיחות, עליך להיות מודרך ביסודיות בשימוש בציוד על ידי מדריך מוסמך. אם ישנן שאלות נוספות בנוגע לעברך הרפואי או לגבי פרק ההיסטוריה הרפואית, עברו עליהם עם מדריך הצלילה שלך לפני שתחתום.

עבר רפואי

למשתתף: מטרת שאלון זה היא לברר אם יש צורך בבדיקתך על די רופא לפני השתתפותך בקורס צלילה. תשובה חיובית לשאלה אינה פוסלת אותך באופן אוטומטי מצלילה. תשובה חיובית פרושה שיש מצב קיים מראש העלול להשפיע על בטיחותך בעת הצלילה וכי עליך להתייעץ עם הרופא. נא לענות על השאלות הבאות הנוגעות לעברך הרפואי ב"כן" או "לא". אם אינך בטוח, ענה ב "כן". אם סעיף כלשהו מתאים לך, עלינו לבקש שתיבדק על ידי רופא לפני שתשתתף בקורס הצלילה. מדריך הצלילה שלך יספק לך הצהרה רפואית והנחיות לבדיקה רפואית לצולל חובב אותן תיקח לרופא.

_____ האם הינך בהריון או יש לך חשד להריון ?

_____ האם הינך משתמש בתרופות עם או ללא מרשם (למעט גלולות למניעת הריון).

_____ האם הינך מעל גיל 45 ויש לך אחד מהמפורטים מטה:

- מעשן כיום מקטרת, סיגר ו סיגריות?
- רמת כולסטרול גבוהה?
- עבר משפחתי של התקפי לב ו שבץ?

האם היה לך או יש לך כיום

_____ אסטמה / צפצוף בנשימה / צפצוף בעת פעילות גופנית?

_____ התקפי אלרגיה או קדחת השחת לעיתים קרובות או בצורה חמורה?

- _____ הצטננויות , סינוסיטיס או ברונכיטיס לעיתים קרובות?
 _____ צורה כלשהי של מחלת ריאות? דלקת ריאות (התמוטטות ריאה)? / שחפת?
 _____ עבר של ניתוח בית חזה.
 _____ חבלה א פציעה בצלעות/ חזה איר.
 _____ קלסטרופוביה או אגרופוביה (פחד ממקומות סגורים או פתוחים)?
 _____ בעיות בריאות התנהגותיות?
 _____ אפילפסיה, עוויתות או לוקח תרופות למניעתם?
 _____ עבר של איבודי הכרה או התעלפויות (אבדן הכרה חלקי/מלא)?
 _____ האם אתה סובל לעיתים קרובות ממחלת ים (באניה, ברכב וכו')?
 _____ עבר של תאונות צלילה או מחלות הפחתת לחץ (דקומפרסיה)?
 _____ עבר של בעיות גב נשנות?
 _____ עבר של ניתוח גב?
 _____ עבר של סכרת?
 _____ עבר של בעיות גב, זרוע לאחר ניתוח, פגיעה או שבר?
 _____ חוסר יכולת לבצע פעילות גופנית מתונה (ללכת ק"מ אחד ב-8 דקות)?
 _____ עבר של לחץ דם גבוה או לוקח תרופות לשליטה בלחץ הדם?
 _____ עבר של מחלת לב כלשהי?
 _____ עבר של התקפות לב?
 _____ ניתוחי לב? הפרעות בקצב הלב?
 _____ אנגינה פקטוריס או ניתוח כלי דם כליליים?
 _____ עבר של ניתוחי אוזניים או סינוסים?
 _____ קרע בעור התוף?
 _____ עבר של מחלות אוזניים, אבדן שמיעה או בעיות שיווי משקל?
 _____ עבר של בעיות השוואת לחצי אוזניים (פימפום) בנסיעה במטוס או בהרים?
 _____ עבר של דימום או ליקויי דם אחרים?
 _____ עבר כלשהו על בקע (הרניה)?
 _____ עבר של אולקוס או ניתוח אולקוס?
 _____ עבר של קולוסטמיה?
 _____ עבר של שימוש מופרז באלכוהול או סמים?
 _____ דלקת קרום המוח, מחלת מוח, זעזוע מוח, חבלת ראש, ניתוחי ראש, מיגרנה?
 _____ שיעול כרוני?
 _____ קוצר ראייה מעל 4 דיופטריות.(אסור לצלו עם עדשות מגע קשות).
 _____ מחלת עיניים/ עבר של ניתוחי עיניים?
 _____ קוצר נשימה במאמץ?
 _____ כאב חזה במאמץ?
 _____ חוסר דם/ מחלת דם כרונית?
 _____ מחלת כליות/ דרכי השתן / זיהומים חוזרים בדרכי השתן/ אבנים וחול בכליות?
 _____ כאבי בטן חוזרים/ מחלה כרונית של המעיין/ כיב?
 _____ דימום במערכת העיכול?
 _____ צרבת כרונית/ מחלה של הושט?
 _____ ניתוחי בטן / מעיים?
 _____ מחלות פרקים/ עצמות/ שרירים או עצבים/ חולשת שרירים/ גפיים?
 _____ עודף משקל מעל 25 ק"ג (משקל רצוי= גובה בס"מ -100)?
 _____ סכרת מטופלת בכדורים/ זריקות?
 _____ הפרעה בבלוטות המטופלות בקביעות?
 _____ האם יש לך שיניים תותבות?

למיטב ידיעתי , המידע אותו מסרתי על עברי הרפואי מדויק.

חתימה _____ תאריך _____

חתימת הורים או אפוסטרופוסים* (לפי הצורך) _____ תאריך _____

* (למועמד מתחת גיל 18)