

## فرم پزشکی | پرسشنامه شرکت کنندگان در دوره غواصی

غواصی تفریحی و غواصی آزاد، سلامت جسمی و روحی خوبی را طلب می کند. چند مشکل پزشکی وجود دارد که می توانند هنگام غواصی خطرناک باشند، که در زیر ذکر شده است. کسانی که هر یک از این شرایط را دارند و یا مستعد آن هستند، باید توسط پزشک ارزیابی شوند. این پرسشنامه پزشکی غواصی، مبنایی را برای تعیین اینکه آیا می خواهید آن ارزیابی را جستجو کنید فراهم می کند. اگر در مورد تناسب اندام غواصی خود که در این فرم نشان داده نشده است، نگرانی دارید، قبل از غواصی با پزشک خود مشورت کنید. اگر بیمار هستید، از غواصی خودداری کنید. اگر فکر می کنید ممکن است بیماری مسری داشته باشید، با شرکت نکردن در تمرینات غواصی یا فعالیتهای غواصی، از خود و دیگران محافظت کنید. ارجاع به "غواصی" در این شکل شامل غواصی تفریحی و آزاد است. این فرم در اصل به عنوان یک صفحه اصلی پزشکی برای غواصان جدید طراحی شده است، اما همچنین برای غواصانی که ادامه تحصیل می دهند نیز مناسب است. برای امنیت خود و دیگران که ممکن است با شما غواصی کنند، به همه سؤالات صادقانه پاسخ دهید.

راهنما

این پرسشنامه را به عنوان پیش نیاز یک دوره غواصی تفریحی یا دوره غواصی آزاد تکمیل کنید. توجه به خانمها: اگر باردار هستید یا قصد باردار شدن دارید، غواصی نکنید.

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	به باکس آ بروید	۱- من مشکل قلبی و تنفسی یا خونی در رابطه با کویید ۱۹ دارم
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	به باکس ب بروید	۲- من بالای ۴۵ سال هستم
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله *		۳- من برای انجام فعالیت بدنی متوسط (برای مثال پیاده روی ۱.۶ کیلومتر در ۱۴ دقیقه یا شنا ۲۰۰ متر در بدون استراحت) تلاش می کنم، یا به دلیل تناسب اندام نامناسب یا دلایل سلامتی در گذشته نتوانسته ام در یک فعالیت بدنی طبیعی شرکت کنم در ۱۲ ماه گذشته
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	به باکس پ بروید	۴- من از قسمت چشم / گوش یا سینوس دچار مشکل هستم
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله *		۵- در ۱۲ ماه گذشته عمل جراحی داشته ام یا مشکلات باقیمانده ناشی از جراحی دارم
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	به باکس ت بروید	۶- من هوشیاری خود را از دست داده ام، سردردهای میگرنی، تشنج، سکنه مغزی، آسیب دیدگی قابل توجهی در سر و یا از آسیب یا بیماری عصبی مداوم رنج می برم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	به باکس ث بروید	۷- من در حال حاضر تحت درمان قرار گرفته ام (یا در ۵ سال گذشته به درمان نیاز داشته ام) برای مشکلات روانی، اختلال شخصیت، حملات هراس یا اعتیاد به مواد مخدر یا الکل. یا دچار ناتوانی یادگیری هستم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	به باکس ج بروید	۸- من مشکلات کمر، فتق، زخم یا دیابت را تجربه کرده ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	به باکس چ بروید	۹- اخیر مشکلات معده یا روده از جمله اسهال داشته ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله *		۱۰- من داروهای تجویزی را مصرف می کنم (استثنای کنترل بارداری یا داروهای ضد مالاریا به غیر از مفلوکین لاریام).

امضای شرکت کننده در دوره آموزشی

اگر به هر ۱۰ سؤال فوق خیر پاسخ دادید، ارزیابی پزشکی لازم نیست. لطفاً با امضای و قرار دادن آن، بیانیه شرکت کننده را در زیر بخوانید و با آن موافقت کنید.

بیانیه شرکت کننده: من صادقانه به همه سؤالات پاسخ داده ام، و می دانم که مسئولیت هرگونه عواقب ناشی از هرگونه سؤالی را که ممکن است به طور نادرست به آنها پاسخ داده ام یا به دلیل عدم افشای شرایط سلامتی موجود یا گذشته ام، می پذیرم.

امضا.....تاریخ.....

نام دانش آموز.....تاریخ تولد میلادی.....

نام مربی.....مرکز غواصی.....

\*اگر بله به سؤالات ۵، ۳ یا ۱۰ در بالا یا به هر یک از سؤالات موجود در صفحه ۲ پاسخ داده اید، لطفاً با امضای و قدمت آن، بیانیه فوق را بخوانید و موافقت کنید و هر سه صفحه از این فرم را بگیرید (پرسشنامه مشارکت کننده و ارزیابی فرم پزشکی) و برای ارزیابی پزشکی به پزشک مراجعه کنید. شرکت در یک دوره غواصی نیاز به تأیید پزشک دارد.

نام دانش آموز..... تاریخ تولد میلادی.....

## فرم پزشکی | پرسشنامه شرکت کنندگان در دوره غواصی

جدول آم ن دارم یا داشته ام		
خیر	بله	جراحی قفسه سینه ، جراحی قلب ، جراحی دریچه قلب ، قرارگیری استنت یا پنوموتوراکس
خیر	بله	آسم ، خس خس سینه ، حساسیت شدید ، تب یونجه یا راه هوایی احتقان شده در طی ۱۲ ماه گذشته که فعالیت / ورزش بدنی من را محدود کرده است
خیر	بله	یک مشکل یا بیماری که قلب من را درگیر کرده از جمله: آنژین ، درد در قفسه سینه هنگام ورزش ، نارسایی قلبی ، ورم ریوی غوطه ور ، حمله قلبی یا سکته مغزی ، یا برای هر بیماری قلبی دارو مصرف می کنم.
خیر	بله	برونشیت مزمن و در حال حاضر در طی ۱۲ ماه گذشته سرفه می کنم ، یا آمفیزم تشخیص داده شده است.
خیر	بله	تشخیص COVID-۱۹.

جدول ب من بالای ۴۵ سال سن دارم		
خیر	بله	در حال حاضر من به روش های مختلف نیکوتین مصرف میکنم یا استنشاق می کنم.
خیر	بله	من سطح کلسترول بالایی دارم.
خیر	بله	فشار خون بالا دارم
خیر	بله	من قبل از سن ۵۰ سالگی دچار مشکل خونی هستم یا در اثر بیماری قلبی یا سکته مغزی دچار نارسایی شده ام ، یا قبل از سن ۵۰ سالگی سابقه خانوادگی بیماری قلبی (از جمله ریتم غیر طبیعی قلب ، بیماری عروق کرونر یا کاردیومیوپاتی) را دارم.

جدول پ من داشته ام یا دارم		
خیر	بله	جراحی بینی در ۶ ماه گذشته
خیر	بله	بیماری گوش یا جراحی گوش ، کم شنوایی یا مشکلات تعادل.
خیر	بله	سینوزیت مکرر در طی ۱۲ ماه گذشته.
خیر	بله	عمل جراحی چشم در طی ۳ ماه گذشته.

جدول ت من داشته ام یا دارم		
خیر	بله	آسیب دیدگی سر با از دست دادن هوشیاری در ۵ سال گذشته.
خیر	بله	آسیب یا بیماری عصبی مزمن.
خیر	بله	تکرار سردردهای میگرنی طی ۱۲ ماه گذشته یا برای جلوگیری از آن داروهایی مصرف کنید.
خیر	بله	بیهوشی یا غش (از بین رفتن کامل / جزئی آگاهی) طی ۵ سال گذشته.
خیر	بله	صرع ، تشنج که مجبوره مصرف داروهایی برای جلوگیری از آنها هستید.

جدول ث داشته ام یا دارم		
خیر	بله	سلامت رفتاری ، مشکلات روحی و روانی که نیاز به معالجه پزشکی / روانپزشکی دارند.
خیر	بله	افسردگی اساسی ، ایده خودکشی ، حملات ترس ، اختلال دو قطبی کنترل نشده ای که نیاز به دارو / درمان روانپزشکی دارد.
خیر	بله	با یک وضعیت بهداشت روانی یا یک اختلال یادگیری / رشدی که به مراقبت مداوم نیاز دارد ، تشخیص داده شده است.
خیر	بله	اعتیاد به مواد مخدر یا الکل که نیاز به درمان در ۵ سال گذشته دارد.

**جدول چ داشته ام یا دارم**

خیر	بله	مشکلات مکرر کمر در ۶ ماه گذشته که فعالیت روزمره من را محدود می کند.
خیر	بله	جراحی کمر یا ستون فقرات در طی ۱۲ ماه گذشته.
خیر	بله	دیابت ، یا انسولین یا تحت کنترل رژیم ، یا دیابت حاملگی در طی ۱۲ ماه گذشته.
خیر	بله	فتق اصلاح نشده ای که توانایی های جسمی من را محدود می کند.
خیر	بله	زخم فعال یا درمان نشده ، زخمهای مشکل یا جراحی زخم در مدت ۶ ماه گذشته.

**جدول چ داشته ام یا دارم**

خیر	بله	جراحی استوم و از نظر پزشکی برای شنا یا درگیر شدن در فعالیت های بدنی دارای مجوز پزشکی نیست.
خیر	بله	کمبود آب بدن در ۷ روز گذشته نیاز به مداخله پزشکی دارد.
خیر	بله	در ۶ ماه گذشته زخم معده یا روده فعال یا درمان نشده یا جراحی زخم.
خیر	بله	مکرر سوزش قلب ، نارسایی ، یا بیماری ریفلاکس معده به دستگاه گوارش (GERD).
خیر	بله	کولیت اولسراتیو فعال یا کنترل نشده یا بیماری کرون.
خیر	بله	عمل جراحی باریاتریک در طی ۱۲ ماه گذشته.

\* در کلیه موارد **بله** نیاز به تاییدیه پزشک دارید.

نام دانش آموز..... تاریخ تولد میلادی.....

## فرم پزشکی | پرسشنامه شرکت کنندگان در دوره غواصی

شخص فوق الذکر نظر شما را در مورد صلاحیت پزشکی خود برای شرکت در دوره آموزش غواصی تفریحی یا تمرین یا فعالیت غواصی آزاد درخواست می کند. لطفاً برای راهنمایی های پزشکی در مورد شرایط پزشکی به سایت [uhms.org](http://uhms.org) مراجعه کنید زیرا مربوط به غواصی است. قسمت های مربوط به بیمار خود را به عنوان بخشی از ارزیابی خود مرور کنید.

نتیجه بررسی

مورد تایید است (—) من هیچ شرایطی که با غواصی تفریحی یا آزاد ناسازگار باشد را مشاهده نمیکنم . Approved

مورد تایید نیست (—) من شرایطی که با غواصی تفریحی یا آزاد ناسازگار باشد را مشاهده کردم . Not approved

امضا پزشک..... تاریخ.....

نام پزشک..... تخصص.....

کلینیک یا بیمارستان.....

آدرس.....

تلفن..... ایمیل.....



محل مهر پزشک

Created by the [Diver Medical Screen Committee](#) in association with the following bodies:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society  
DAN (US)  
DAN Europe  
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

