

החניך

(נא לכתוב בצורה קריאה)

שם _____ פרטי _____ משפחה _____ תאריך לידה _____ גיל _____

כתובת למשלוח דואר:

רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

טלפון בבית _____ טלפון בעבודה _____

טלפון סלולרי _____ פקס _____

שם וכתובת רופא המשכחה שלך:

בדיקת רופא נדרשת רק אם החניך סובל מאחד מהמצבים הבריאותיים הרשומים בטופס ההצהרה

הרופא _____ מרפאת/ בית חולים _____

כתובת _____ טלפון _____

תאריך הבדיקה הרפואית _____

שם הבודק _____ מרפאת/ בית חולים _____

כתובת _____ טלפון _____

האם עברת בעבר בדיקה רפואית לצורך צלילה? כן לא

הרופא

אדם זה מועמד או עוסק כיום בצלילת מכלים SCUBA (מתקן עצמאי לנשימה תת-ימית). אנו מבקשים בזאת את חוות דעתך לגבי כשירותו הגופנית לצלילת מכלים עם אויר דחוס.

חוות דעת הרופא:

אינני מוצא כל מצב רפואי שאינו מאפשר צלילה.

אינני יכול להמליץ על אדם זה לצלילה.

הערות:

עברתי על ההנחיות לבדיקה רפואית של צוללים חובבים.

ד"ר _____ חתימת הרופא _____ תאריך _____

הרופא _____ מרפאה/ בית חולים _____

כתובת _____ טלפון _____

הצהרה רפואית

תיק מעקב - מידע חסוי

נא לקרוא בעיון לפני החתימה.

על מנת לצלול בביטחה אסור עליך להיות כבד משקל בצורה קיצונית או ללא כושר גופני מינימלי. צלילה יכולה להיות מאומצת בתנאים מסוימים. על מערכת הלב-ראה שלך להיות במצב בריאות תקין. על כל חללי האוויר בגוף להיות נורמליים 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 שתשתף 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 בביטחון בשימוש בציוד על ידי מדריך מוסמך. אם ישנן שאלות נוספות בנוגע להצהרה הרפואית או לגבי פרק ההסטוריה הרפואית, עבור עליהם עם מדריך הצלילה שלך לפני שתחתום.

בהצהרה זו נמסר לך מידע על מספר סיכונים פוטנציאליים בצלילת מכלים ועל ההתנהגות הנדרשת ממך במשך קורס הצלילה. חתימתך על הצהרה זו דרושה על מנת לאפשר את השתתפותך בקורס הצלילה

 המדריך: _____
 כתובת המועדון: _____

קרא את ההצהרה ושוחח עליה עם המדריך לפני החתימה. חובה להשלים הצהרה רפואית זו, הכוללת את הצהרת ההיסטוריה הרפואית, על מנת להתקבל לקורס הצלילה. אם הנך קטין, עליך להחתיים את אחד ההורים על ההצהרה. צלילה היא פעילות מלהיבה ותובענית. הפעילות בטוחה מאד כאשר היא מבוצעת נכון תוך שימוש בטכניקות נכונות. אך כאשר אין ממלאים אחר נהלי הבטיחות שנקבעו ישנן סכנות.

עבר רפואי

למעשה תת: מטרת שאלון זה היא לברר אם יש צורך בבדיקתך על ידי רופא לפני השתתפותך בקורס צלילה. תשובה חיובית לשאלה אינה פוסלת אותך באופן אוטומטי מצלילה. תשובה חיובית פירושה שיש מצב קיים מראש העלול להשפיע על בטיחותך בעת הצלילה וכי עליך להתייעץ עם רופא. 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 שתבדק על ידי רופא לפני שתשתף בקורס הצלילה. מדריך הצלילה שלך יספק לך הצהרה רפואית והנחיות לבדיקה רפואית לצולל חובב אותן תיקח לרופא.

- | | | |
|---|---|---|
| _____ האם הנך בהריון או יש לך חשד להריון? | _____ עבר של איבודי הכרה או התעלפויות (אבדן הכרה חלקי/מלא)? | _____ האם הנך משתמש בתרופות עם או ללא מרשם (למעט גלולות למניעת הריון)? |
| _____ האם הנך מעל גיל 45 ויש לך אחד מהמפורטים מטה: | _____ האם אתה סובל לעתים קרובות ממחלת ים (באניה, ברכב, וכיו"א)? | _____ * מעשן כיום מקטרת, * סיגר או סיגריות? * רמת כולסטרול גבוהה? * עבר משפחתית של התקפי לב או שבץ? |
| _____ * סיגר או סיגריות? * רמת כולסטרול גבוהה? * עבר משפחתית של התקפי לב או שבץ? | _____ עבר של תאונות צלילה או מחלות הפחתת לחץ (דיקומפרסיה)? | _____ האם היה לך או יש לך כיום... אסטמה/ ציפצוף בנשימה/ ציפצוף בעת פעילות גופנית? התקפי אלרגיה או קדחת השחת לעתים קרובות או בצורה חמורה? הצטננויות, סינוסיטיס או ברוניכטיס לעתים קרובות? צורה כלשהי של מחלת ריאות? דלקת ריאות (התמוטטות ריאה)?/ שחפת? עבר של ניתוח בית חזה. חבלה או פגיעה בצלעות/חזה אויר קלאסטרופוביה או אגורופוביה (פחד ממקומות סגורים או פתוחים)? בעיות בריאות התנהגותיות? אפילפסיה, עוויתות או לוקח תרופות למניעתם? |
| _____ עבר של בעיות גב נישנות? עבר של ניתוח גב? עבר של סכרת? עבר של בעיות גב, זרוע או רגל 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 התקפי 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 שווי משקל? עבר של בעיות השוואת לחצי אוזניים (פימפום) בנשימה במטוס או בהרים? עבר של דימום או ליקויי דם אחרים. עבר כלשהי של 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 לצלול 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 חו"ל בכליות. כאבי בטן חוזרים/ מחלה כרונית של המעינים/ כיב. דימום ממערכת 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 בסי"מ - 100) סוכרת מטופלת בכדורים/ זריקות הפרעה בבלוטות המטופלת בקביעות, האם יש לך שיניים תותבות? | _____ חוסר דם/ מחלת דם כרונית מחלת כליות/ דרכי השתן/ זיהומים חוזרים בדרכי השתן אבנים חו"ל בכליות. כאבי בטן חוזרים/ מחלה כרונית של המעינים/ כיב. דימום ממערכת 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 בסי"מ - 100) סוכרת מטופלת בכדורים/ זריקות הפרעה בבלוטות המטופלת בקביעות, האם יש לך שיניים תותבות? |

למיטב ידיעתך, המידע אותו מסרתי על עברי הרפואי מדויק.

חתימה _____ תאריך _____
 חתימת הורים או אפוטרופוסים * (לפי הצורך) _____ תאריך _____
 * (למועמד מתחת לגיל 18)