

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ Участника Программы (Конфиденциальная информация)

В этом заявлении содержится информация о некотором риске, связанном с занятиями дайвингом. Дайвинг - это увлекательное занятие. Если следовать определенным правилам и придерживаться правильной техники, дайвинг достаточно безопасен. Чтобы занятия дайвингом были безопасны, Вы должны быть в хорошей форме и не страдать избыточным весом. В определенных ситуациях дайвинг может требовать физического напряжения. Ваша дыхательная система и система кровообращения, а также все воздушные полости организма должны быть в полном порядке. Лица, страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы, простудными заболеваниями, закупоркой сосудов, эпилепсией, астмой либо другими серьезными заболеваниями, а также лица, находящиеся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, не должны совершать погружение. Если у Вас астма, порок сердца или другие хронические заболевания и если Вы регулярно принимаете лекарства, проконсультируйтесь с врачом до начала занятий по данной программе.

Цель данной анкеты - выяснить, следует ли Вам пройти медицинский осмотр, перед тем как принимать участие в данной программе обучения любительскому дайвингу. Положительный ответ на один из вопросов вовсе не означает, что Вам противопоказаны занятия дайвингом, а лишь свидетельствует о наличии некоторых условий, которые могут создать опасность во время погружений. В случае положительного ответа Вам нужно проконсультироваться с врачом до начала занятий.

Процедура ответить «ДА» или «НЕТ» на следующие вопросы относительно истории Ваших болезней. Если у Вас есть сомнения, ответьте «ДА». Если любой из этих пунктов можно отнести к Вам, необходимо, чтобы Вы проконсультировались с врачом до начала занятий дайвингом

_____ Беременны ли Вы и предпринимаете ли попытки забеременеть?

_____ Принимаете ли Вы регулярно прописанные врачом лекарства (за исключением противозачаточных средств и препаратов против малярии)?

_____ Вам больше 45 лет и к Вам относится 1 или более из нижеследующих заявлений:

- Вы курите трубку, сигары или сигареты
- У вас высокий уровень холестерина
- В семье были случаи инфаркта и инсульта
- В настоящий момент проходите курс лечения
- У вас высокое давление
- Сахарный диабет даже если контролируется диетой,

Есть ли у Вас сейчас или было в прошлом что-либо из перечисленных ниже:

_____ Астма или одышка при физической нагрузке или просто в процессе дыхания?

_____ Частые или серьезные приступы сенной лихорадки или аллергии?

_____ Частые простуды, насморк, бронхит?

_____ Любая форма заболеваний легких?

_____ Пневмоторакс (коллапс легкого)?

_____ Другие заболевания легких или хирургические вмешательства на грудной клетке?

_____ Психические расстройства или психологические проблемы (приступы паники, боязнь закрытого или открытого пространства)?

_____ Эпилепсия, приступы, конвульсии? Принимаете ли Вы лекарства для их предотвращения?

_____ Частые мигрени? Принимаете ли Вы лекарства для их предотвращения?

_____ Провалы памяти или обмороки (частичная или полная потеря сознания)?

_____ Укачивает ли Вас в транспорте, страдаете ли Вы морской болезнью?

_____ Дизентерия или обезвоживание, требующее медицинского вмешательства?

_____ Несчастные случаи при предыдущих погружениях или декомпрессионная болезнь?

_____ Неспособность вынести умеренную физическую нагрузку (например, пройти 1,6 км за 12 минут)

_____ Травмы головы, сопровождающиеся потерей сознания, за последние 5 лет?

_____ Периодические возникающие проблемы с позвоночником?

_____ Хирургические вмешательства на позвоночнике?

_____ Диабет?

_____ Боли в позвоночнике или в конечностях, вследствие хирургического вмешательства, травм или переломов?

_____ Повышенное кровяное давление? Принимаете ли Вы лекарства для его контроля?

_____ Порок сердца?

_____ Инфаркты?

_____ Стенокардия или операции на сердце или сосудах?

_____ Лор-операции?

_____ Случаи заболеваний ушей, потери слуха или нарушения равновесия?

_____ Периодически возникающие проблемы с ушами?

_____ Кровотечение или заболевания крови?

_____ Грыжи?

_____ Язвы или хирургические вмешательства по этому поводу?

_____ Колостомия или илеостомия?

_____ Употребление наркотиков или лечение от наркомании или алкоголизма в течение последних 5 лет?

Я заявляю, что все сведения, приведенные мной при заполнении данной медицинской анкеты, являются достоверными. Я признаю себя ответственным за все упущения, которые возникли в результате моей неосведомленности о существовавших у меня ранее или существующих сейчас заболеваниях.

Подпись: _____ Число: _____