

Búváregészségügyi | Résztevői kérdőív

A rekreációs búvárkodás és a szabadtüdőes búvárkodás jó fizikai és mentális egészséget igényel. Az alábbiakban felsorolunk néhány egészségi állapotot, amelyek veszélyesek lehetnek búvárkodás közben. Azokat, akiknél ezen állapotok bármelyike fennáll vagy hajla-mosak ezekre, orvosnak kell értékelnie. Ez a Búvárorvosi | Résztevői kérdőív szükséges annak meghatározásához, hogy kell-e kérned ezt a szakvéleményt. Amennyiben bármilyen aggályod van a búvárkodással kapcsolatos olyan fizikai- vagy egészségi erőnlétteddel kapcsolatban, amely nem szerepel ebben a felsorolásban, merülés előtt konzultálj orvosoddal. Ha betegnek érzed magad, akkor kerüld a búvárkodást. Ha úgy gondolod, hogy fertőző betegséged lehet, akkor védj magadat és másokat azzal, hogy nem veszel részt merülési tréningeken és/vagy merülési tevékenységekben. A „búvárkodásra” való hivatkozás ebben a nyomtatványban ma-gában foglalja a rekreációs búvárkodást és a szabadtüdőes merülést is. Ezt a nyomtatványt elsősorban az új búvárok első orvosi szűrőjeként tervezték, de a továbbképzésen résztvevő búvárok számára is megfelelő. A saját- és az esetleg veled merülők biztonsága érdekében a kérdőív minden kérdésére őszintén válaszolj.

Útmutatók

Rekreációs búvárkodás vagy szabadtüdőes merülési tanfolyam előfeltételeként töltsd ki ezt a kérdőívet.

Megjegyzés nők számára: Ha terhes vagy, esetleg most tervezel teherbe esni: **ne merülj!**

| | | | |
|----|--|--|------------------------------|
| 1 | Problémáim voltak a tüdőmmel/légzésemmel, szívemmel, véremmel; és/vagy COVID-19-cel diagnosztizáltak. | Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „A” kérdéscsoporthoz | Nem <input type="checkbox"/> |
| 2 | 45 évesnél idősebb vagyok. | Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „B” kérdéscsoporthoz | Nem <input type="checkbox"/> |
| 3 | Nehezen teljesíted mérsékelt fizikai megterhelést is (például 1,6 kilométer [1 mérföld] sétát 14 perc alatt, vagy 200 méter [200 yard] úszást pihenő nélkül), VAGY erőnléti vagy egészségügyi okok miatt képtelen voltam az elmúlt 12 hónapban részt venni normális testmozgásban. | Igen <input type="checkbox"/> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 4 | Problémáim voltak a szemeimmel, füleimmel vagy orrjárataimmal/ orrmelléküregeimmel. | Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „C” kérdéscsoporthoz | Nem <input type="checkbox"/> |
| 5 | Az elmúlt 12 hónapban műtétet volt, VAGY folyamatos problémám van múltbeli műtéttel kapcsolatban. | Igen <input type="checkbox"/> | Nem <input type="checkbox"/> |
| 6 | Eszméletvesztésem-, migrénes fejfájásaim/rohamaim-, agyvérzésem volt; jelentős fejsérülést szenvedtem, vagy tartós neurológiai sérülést / betegségtől szenvedtem. | Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „D” kérdéscsoporthoz | Nem <input type="checkbox"/> |
| 7 | Jelenleg kezelés alatt állok (vagy az elmúlt öt évben kezelésre volt szükségem) pszichológiai problémák, személyiségzavar, pán-ikrohamok, drog- vagy alkoholfüggőség miatt; vagy tanulási nehézségeket, fejlődési zavart diagnosztizáltak nálam. | Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „E” kérdéscsoporthoz | Nem <input type="checkbox"/> |
| 8 | Gerincproblémáim, sérvem, fekélyem volt; vagy cukorbetegségem van. | Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „F” kérdéscsoporthoz | Nem <input type="checkbox"/> |
| 9 | Gyomor- vagy bélproblémáim voltak, beleértve közelmúltbeli hasmenést is. | Igen <input type="checkbox"/> lépj tovább az „G” kérdéscsoporthoz | Nem <input type="checkbox"/> |
| 10 | Vényköteles gyógyszereket szedsz (a fogamzásgátló vagy maláriaellenes gyógyszerek kivételével, amennyiben az utóbbi nem a mefloquine (Lariam). | Igen <input type="checkbox"/> | Nem <input type="checkbox"/> |

A résztvevő aláírása

Ha NEM volt a válasz a fenti 10 kérdés mindegyikére, akkor orvosi vizsgálat nem szükséges. Kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el az alábbi résztvevői nyilatkozatot.

Résztevői nyilatkozat: Minden kérdésre őszintén válaszoltam, és elfogadom, hogy engem terhel a felelősség az esetlegesen pontatlanul megválaszolt kérdésekből vagy a meglévő vagy korábbi egészségügyi körülmények közlésének elmulasztásából eredő valamennyi következményért.

A résztvevő aláírása (vagy kiskorú résztvevő esetén a szülő/gyám aláírása szükséges).

Dátum: (éééé/hh/nn)

Résztevő neve (nyomatott betűkkel)

Születési idő (éééé/hh/nn)

Oktató neve (nyomatott betűkkel)

Létesítmény neve: (nyomatott betűkkel)

* **Ha válaszod IGEN** volt a fenti 3., 5. vagy 10. kérdésre **VAGY** a 2. oldalon található bármelyik kérdésre, kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el a fenti résztvevői nyilatkozatot, **ÉS ennek a nyomtatványnak mindhárom oldalát (Résztevői Kérdőív és Orvos Értékelő Lapja) vidd magaddal orvosodhoz** orvosi értékelés céljából. A búvártanfolyamon való részvételhez az orvos jóváhagyása szükséges.

Búváregészségügyi | Résztevői kérdőív folytatása

| „A” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MR VOLT: | | |
|---|---------------------------------|------------------------------|
| Mellkasi műtetem, szívűtetem, szívbillentyű műtetem, orvosi eszköz (pl. stent, pacemaker, neurostimulátor) behelyezésem vagy légmellém (pneumothorax, atelektázia). | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Fizikai aktivitásomat, testmozgásomat korlátozó asztmám, nehéz lélegzésem, súlyos allergiám, szénanáthám vagy elzáródott légutam az elműlt 12 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| A szívemet érintő problémám vagy betegségem, például: angina, mellkasi fájdalom terheléskor, szívelégtelenség, merűlés okozta tűdű ödéma, szívroham vagy agyvérzés; VAGY gyógyszert szedek bármilyen szívbetegsége. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Az elműlt 12 hónapban visszatérű hűrhurutom volt és jelenleg is köhűgűk, VAGY krónikus obstruktív légűti betegségeűt, illetve tűdűtágulást diagnosztizáltak nálam. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| COVID-19-t diagnosztizáltak nálam. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „B” KÉRDÉSCSOPORT – 45 ÉVESNÉL IDŐSEBB VAGYOK ÉS: | | |
| Jelenleg dohányzom, , vagy más módon nikotint juttatok a szervezetembe. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Magas a koleszterinszintem. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Magas a vérnyomásom. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Volt olyan közeli vérokonom, aki 50 éves kora előtt hirtelen szívbetegségeűben vagy sztrűkban halt meg, VAGY családomban 50 éves életkor előtt előfordult szívbetegségeű (beleértve rendellenes szívritmusokat, koszorűér-betegségeűt vagy szívizombetegségeűt is). | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „C” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
| Orrmellékűregi műtetem az elműlt 6 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Fűlbetegségeűm vagy fűlűűtetem, halláscsűkkenéseűm vagy egyensűly problémáim. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Visszatérű mellékűregi gyulladásaim az elműlt 12 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Szeműűtetem az elműlt 3 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „D” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
| Eszméletvesztéses fejsérűléseűm az elműlt 5 évben. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Tartós idegrendszeri sérűléseűm vagy betegségeűm. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Ismétlűdű migrénes fejfájásaim az elműlt 12 hónapban, vagy gyógyszereket szedtem/szedek azok megelőzésére. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Rűvid ájulásom vagy eszméletvesztéseűm (teljes/részleges eszméletvesztés) az elműlt 5 évben. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Epilepsziás rohamaim, gűrcseim, VAGY gyógyszereket szedek azok megelőzésére. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „E” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
| Viselkedésű-, mentális- vagy pszichológiai problémáim, amelyek orvosi/pszichiátriái kezelést igényelnek. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Sűlyos depresszióm, öngyilkossági gondolataim, pánikrohamaim, ellenűrizetlen bipoláris rendellenességeűm, amely gyógyszert/ pszichiátriái kezelést igényel. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Diagnosztizált mentális egészségi állapotváltásom vagy folyamatos gondozást igénylű tanulási/fejűdési rendellenességeűm. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Kezelést igénylű kábítűszer- vagy alkoholfűggűségeűm az elműlt 5 évben. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „F” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
| Olyan visszatérű hátproblémáim az elműlt 6 hónapban, amelyek korlátozzák a mindennapi tevékenységeim. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Hát- vagy gerincűűtetem az elműlt 12 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Cukorbetegségeűm, akár gyógyszerű-, akár étrend-kontrollált, VAGY az elműlt 12 hónapban terhességi cukorbetegségeűm. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Nem kezelt sérvem, amely korlátozza a fizikai képességeim. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Aktív vagy kezeletlen fekélyeim, problémás sebeim vagy fekélyűűteteim az elműlt 6 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| „G” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT: | | |
| Sztűma-operációűm, és nincs orvosi engedélyem úszásra vagy fizikai tevékenységeűt folytatására. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Olyan dehidrációűm az elműlt 7 napban, amely orvosi beavatkozást igényelt. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Aktív vagy kezeletlen gyomor- vagy bűlfekélyem, vagy fekélyűűtetem az elműlt 6 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Gyakori gyomorégéseűm, regurgitációűm vagy gyomorral-, nyelűcsűvel összefűggű reflux betegségeűm (GERD). | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Aktív vagy ellenűrizetlen fekélyes vastagbűlgyulladásom vagy Crohn-betegségeűm. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |
| Bariátriái műtetem (bypass, gyomorballon, gyomorgyűűrű, gyomorszűkítés, stb.) az elműlt 12 hónapban. | Igen <input type="checkbox"/> * | Nem <input type="checkbox"/> |

Búvárorvos | Vizsgálóorvos értékelőlapja

A résztvevő neve:

Születési ideje:

(nyomtatott betűkkel)

dátum (éééé/hh/nn)

A fent említett személy az ön véleményét kéri arról, hogy alkalmas-e egészségileg rekreációs búvárkodásban vagy a szabadtüdőös oktatásban vagy tevékenységben való részvételhez.

Kérjük, hogy a búvárkodással összefüggő egészségügyi állapotokkal kapcsolatos útmutatásokért keresse fel az uhms.org honlapot. Az értékelés részeként tekintse át a páciensével kapcsolatos bekezdéseket.

Értékelési eredmény

Jóváhagyom – nem találok olyan körülményeket, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárkodással vagy a szabadtüdőös búvárkodással.

Nem hagyom jóvá – olyan körülményeket találok, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárkodással vagy a szabadtüdőös búvárkodással.

Búváralkalmasság értékelésére kiképzett orvos, v. más, hivatalos minősítéssel rendelkező eü. szolgáltató aláírása

dátuma (éééé/hh/nn)

Vizsgálóorvos neve:

(nyomtatott betűkkel)

Klinikai végzettségek/bizonyítványok:

Kórház/klinika/szakrendelő megnevezése:

Címe:

Telefon:

e-mail

Orvos/klinika bélyegzője (opcionális)

Létrehozva a [Diver Medical Screen Committee](#) által a következő testületekkel együttműködésben:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego