



TIBBİ BEYAN

Bu, sizin SCUBA dalışının içerdiği potansiyel riskler ve Sualtı Temizlik Dalgıcı Eğitim Programı sırasında sizden istenilenler konusunda bilgilendirildiğiniz bir beyandır. Bu beyanı imzalamanız STH Derneği tarafından gerçekleştirilen Sualtı Temizlik Dalgıcı Eğitim Programı'na katılmanız için gereklidir.

Lütfen imzalamadan önce dikkatle okuyunuz. Sualtı Temizlik Dalgıcı Eğitim Programı'na katılabilmek için, aşağıda yer alan tıbbi anket bölümünü de içeren bu TIBBİ BEYANI doldurmanız gerekir.

Sualtı temizlik dalışlarının güvenle yapılabilmesi için aşırı kilolu ya da kondüsyonsuz olmamalısınız. Ortam koşulları ya da çıkartılacak objeler yorucu olabilmektedir. Solunum ve dolaşım sistemleriniz sağlıklı olmalıdır. Vücuttaki tüm hava boşluklarınız da normal ve sağlıklı olmalıdır. Koroner rahatsızlığı, mevcut bir soğuk algınlığı ya da damar tıkanıklığı, sara hastalığı, şiddetli bir tıbbi problem veya alkol ya da uyuşturucunun etkisi altında olan bir kimse dalış yapmamalıdır. Astımınız, kalp hastalığınız, başka kronik tıbbi durumlarınız varsa veya düzenli bir şekilde ilaç alıyorsanız bu programa katılmadan önce ve katıldıktan sonra düzenli bir şekilde doktorunuza ve eğitmeninize danışın. Sualtı temizlik dalışlarında farklı teknikler kullanılabilmektedir ve bazı tekniklerin doğru uygulanmaması ciddi yaralanmalara sebep olabilir.

TIBBİ ANKET

Kursiyerin dikkatine:

Bu tıbbi anketin amacı, Sualtı Temizlik Dalgıcı Eğitim Programı'na katılmadan önce bir doktor muayenesinden geçmeniz için gerekmedikçe ortaya çıkartmaktır.

Bir soruya verilen "EVET" yanıtı sizi dalış yapmaktan mutlaka alıkoymayabilir. Olası "Evet" yanıtı, dalış yaparken güvenliğinizi etkileyebilecek bir durumun var olduğu ve sizin de dalış aktivitelerine katılmadan önce bir doktor tavsiyesine ihtiyacınız olduğu anlamına gelir.

Lütfen, geçmiş ya da şimdiki tıbbi durumunuzla ilgili aşağıdaki soruları EVET ya da HAYIR ile yanıtlayınız. Eğer emin değilseniz, "EVET" olarak cevap verin. Eğer anket sorularından herhangi birine yanıtınız EVET ise sizden Sualtı Temizlik Dalgıcı Eğitim Programı'na başlamadan önce bir doktora danışmanızı istemek durumundayız.

Lütfen imzalamadan önce dikkatle okuyunuz ve tüm boşlukları doldurunuz.

___ Hamile olabilir misiniz? Ya da hamile kalmayı düşünüyor musunuz?

___ 45 yaşın üzerinde ve aşağıdakilerden bir ya da fazlasına evet diyebiliyor musunuz?

___ Sigara, pipo ya da puro içiyorum

___ Yüksek kan basıncım var.

___ Aile geçmişimde kalp krizleri ve çarpıntıları var.

___ Sadece diyetle kontrol edilse bile şeker hastalığım var.

Daha önce aşağıdaki rahatsızlıkları geçirdiniz mi veya halen bu rahatsızlıklarınız var mı?

___ Astım ya da nefes alırken veya egzersiz yaparken hırlama

___ Bir ameliyatı, yaralanmayı ya da kırığı takip eden sırt, kol ya da bacak problemleri.

___ Sık ya da şiddetli nezle veya alerji nöbetleri.

___ Yüksek kan basıncı ve kontrol için ilaç kullanımı.

___ Sık sık görülen soğuk algınlığı ya da bronşit.

___ Kalp rahatsızlığı.

___ Herhangi bir akciğer hastalığı.

___ Kalp krizi.

___ Pnömotoraks (İflas etmiş akciğer)

___ Anjiyo, kalp ya da damar tıkanıklığı ameliyatı, By-pass.

___ Başka bir göğüs hastalığı ya da göğüs ameliyatı.

___ Sinüzit ameliyatı.

___ Davranışsal problemler, zihinsel ya da psikolojik problemler.

(Panik atak, kapalı ya da açık alanda kalma korkusu vb.)

___ Kulak hastalıkları ya da ameliyatı, duyma kaybı ya da denge kaybı problemleri.

___ Sara hastalığı, nöbetleri ve bunları önleyici ilaç kullanımı.

___ Tekrarlayan kulak problemleri.

___ Tekrarlayan komplike migren ağrıları ve bunlar için ilaç kullanımı.

___ Kanama ya da diğer kan rahatsızlıkları.

___ Bayılmalar. (Tam ya da kısmi bilinç kaybı)

___ Fıtık.

___ Sık veya şiddetli deniz tutması, araba tutması vb.

___ Ülser ya da ülser ameliyatı.

___ Herhangi bir dalış kazası ya da dekompresyon rahatsızlığı.

___ Kolostomi ya da ilostomi.

___ Tekrarlayan sırt problemleri geçmişi.

___ Son beş yıl içinde uyuşturucu kullanımı, tedavisi veya

___ Orta seviye egzersizleri yapamama.

___ alkoliklik.

___ Sırt ya da belkemiği ameliyatı.

Tıbbi geçmişim hakkında verdiğim bilgiler bildiğim kadarıyla doğrudur. Varolan veya geçmişteki sağlık durumlarım hakkında vermiş olabileceğim eksik ya da atladığım bilgilerin sorumluluğunu kabul ediyorum

Ad, Soyad : _____

Tarih : __/__/__

İmza : _____



SCUBA DALIŞINA UYGUNLUK MUAYENESİ

KURSIYER

Ad, Soyad Doğum Tarihi .../.../.....
Adres
.....
Telefon E-Posta

HEKİM

Ad, Soyad
Klinik/Hastane
Adres
.....
Telefon E-Posta
Tarih .../.../.....

Daha önce sizden dalış için muayene istendi mi? Evet Evetse, ne zaman? .../.../.....
Hayır

Kursiyer SCUBA (tüplü su altı nefes alma aygıtı) dalış eğitimi almak için başvurmaktadır ya da şu anda bu aktiviteyi yapmaya izinlidir. Sizden kursiyerin SCUBA dalış için tıbbi uygunluğu konusunda bilgi istenmektedir. Bilgi ve referans için muayene konusunda ana hatları bu dökümanın ekinde bulabilirsiniz.

Hekimin görüşü:

- Dalış yapılmasına izin vermeyen hiçbir tıbbi durumla karşılaşmadım.
 Bu şahsın dalış yapmasını tavsiye edemiyorum.

Değerlendirme
.....
.....

Hekimin Adı, Soyadı Tarih .../.../.....
Hekimin İmzası