



**(הערה: טופס זה מכיל פרטים רפואיים אישיים ולאחר מילוי מוגדר המידע בו כחסוי)
 (ההנחיות המופיעות בטופס זה מנוסחות בלשון זכר מתייחסות ומחייבות גם צוללים או מועמדים ממין נקבה)
 הצהרה על סטטוס רפואי – כשירות לצלילה במערכות SCUBA בקורסי SDI**

נא לקרוא בעיון לפני מילוי וחתומה!!!

הצהרה זו מכילה מידע על סיכונים אפשריים בצלילת מיכלים (SCUBA) ועל הנדרש ממך המועמד לקורס הצלילה במשך הקורס וכתנאי כשירות רפואית לכניסה לקורס. חתימתך נדרשת על מנת לאפשר את השתתפותך בקורס הצלילה של SDI הנערך ב: _____

בית ספר לצלילה _____ בכתובת _____ על ידי המדריך _____ מס' SDI # _____ על מנת להמשיך בתהליך עליך לחתום על ההצהרה הרפואית ועל טופס השחרור מאחריות. במידה והנך קטין על פי החוק עליך להחתים הורה/אפוטרופוס על הצהרה זו. קרא היטב את ההצהרה וברר היטב את הנתונים הנדרשים לחתימתך. הצלילה הנה פעילות הדורשת כשירות רפואית המונעת פגיעות בגוף ובבריאות העוסקים בה בתנאי שלכשירות זו מתלווה התנהגות על פי כל הכללים והטכניקות הנלמדים בקורס הצלילה ועל פי הסטנדרטים של ארגון הצלילה SDI. על מנת לצלול בבטחה – עליך לא להיות שמן באופן חריג או בעל חוסר כושר גופני לחלוטין. מערכות הנשימה וחילוף החמרים שלך חייבות להיות במצב בריאותי תקין, אדם עם בעיות לב, חולה בשפעת תקופתית בעל עבר של אסטמה, מחלות נפילה או מחלות חמורות אחרות או נמצא תחת השפעת אלכוהול ו/או סמים – אסור לו לצלול. אם הנך בטיפול תרופות-היתייע עם הרופא או עם מדריך הצלילה שלך. בקורס הצלילה תלמד על כל ההשפעות של הצלילה על גוף האדם, השפעות-היתייע עם היתייע נשימה מתחת לפני המים כמו גם השוואת הלחצים ושימוש בציוד צלילה. שימוש לא נכון בציוד עלול לגרום לפגיעה חמורה בבריאותך הקפד למלא אחר כל ההוראות בנושא זה ובנושאים אחרים כפי שתיידרש. **מדריך הצלילה עומד לרשותך להבהרות באשר להצהרה רפואית זו – העזר בו לפני שהנך חותם.**

פרטים אישיים מועמד לקורס צלילה SDI.

(אנא מלא הפרטים באופן ברור וקריא)
 שם פרטי _____ משפחה _____ מין _____ גיל _____ תאריך לידה _____
 ת.ז. _____ גובה _____ ס"מ _____ משקל _____ ק"ג _____

MEDICAL HISTORY – היסטוריה רפואית

הנחיות למילוי ההצהרה:

מילוי שאלון זה הנו למטרת ברור האם יש צורך שתיבדק על ידי רופא לפני השתתפותך בקורס הצלילה. **מענה חיובי / תשובת "כן"** לאחת מהשאלות המופיעות ברשימה – אינו פוסל אותך באופן אוטומטי לצלילה, אלא, מצביע על מצב בו הנך נדרש לחוות דעת של רופא על מנת להמליץ סופית על כשירותך ללמוד צלילה מכשירים. עליך לענות על השאלות במקום הריק המיועד לכך **בתשובה כן או לא**. אם אינך בטוח בתשובה עדיף שתתייעץ במדריך או שתענה ב- כן ועל ידי כך תופנה לקבלת חוות דעת של רופא – מדריך הצלילה יצייד אותך בטופס המתאים ויפנה אותך לרופא המתאים.

- | | | | |
|--|--|---------|---------|
| 1. האם יש לך עבר של בדיקות / מיפוי לחץ דם / לב | 19. האם הנך סובל מבעיות רגשיות/מחלת עצבים או נזקקת לטיפול רפואי בשל בעיות שכאלה? | כן / לא | כן / לא |
| 2. האם עברת ניתוח | 20. האם נפצעת באופן חמור | כן / לא | כן / לא |
| 3. האם אושפזת בבית חולים ומאיזו סיבה / סיבות | 21. האם הנך לוקח תרופות כלשהן באופן קבוע? | כן / לא | כן / לא |
| 4. האם יש לך נכות פיזית כל שהיא | 22. האם הנך סובל מהצטננויות תכופות | כן / לא | כן / לא |
| 5. האם הנך אלרגי (כולל אלרגיה לתרופות כלשהן | 23. האם אינך יכול לבצע פעילות כלשהי מסיבות רפואיות | כן / לא | כן / לא |
| 6. האם יש לך עבר של כאבי ראש כרוניים / תכופים | 24. האם אינך סובל ממחלות או דלקות/ הפרעות בסינוסים | כן / לא | כן / לא |
| 7. האם הנך סובל מאלרגיות – (קדחת השחת) | 25. האם הנך סובל מקלאוסטרופוביה? | כן / לא | כן / לא |
| 8. האם יש לך עבר של מחלת ים | 26. האם יש לך עבר של דלקות אוזניים, | כן / לא | כן / לא |
| 9. האם הנך מרכיב עדשות מגע קשות | בעיות שמיעה, או בעיות אחרות באוזניים? | כן / לא | כן / לא |
| 10. האם הנך שותה אלכוהול לשכרה? | 27. האם יש לך בעיות בהשוואת לחצים | כן / לא | כן / לא |
| 11. האם יש לך שיניים תותבות? | 28. האם יש לך עבר של מחלת נפילה – אפילפסיה? | כן / לא | כן / לא |
| 12. האם יש לך עבר של התעלפויות או טשטוש חושים? | 29. האם היית או הנך חולה באסטמה (קצרת) | כן / לא | כן / לא |
| 13. האם יש לך עבר של בעיות בלב/ מחלות לב. | 30. האם יש לך בעיות נשימה במאמץ קל | כן / לא | כן / לא |
| 14. האם יש לך הפרעות ראייה (קוצר ראייה מעל 5 דיאפטרים, מחלת רשתית) | 31. האם יש לך שיעול קבוע | כן / לא | כן / לא |
| 15. האם הנך סובל מסוכרת | 32. האם יש לך כאבים בחזה באופן קבוע / שגרת? | כן / לא | כן / לא |
| 16. האם הנך משתמש בסמים | 33. האם את בהריון | כן / לא | כן / לא |
| 17. האם אתה מעל גיל 40? | 34. האם הנך סובל ממחלת ברונקיטיס | כן / לא | כן / לא |
| 18. האם הנך סובל מלחץ דם גבוה? | 36. מחלה כלשהי שלא נרשמה ברשימה הנ"ל | כן / לא | כן / לא |

מידת נעליים: _____ האם יש משקפיים? לא / כן - מספר _____
האינפורמציה שמסרת לי לגבי ההיסטוריה הרפואית שלי הנה מדויקת למיטב ידיעתי והבנתי

חתימת החניך: _____
 תאריך: _____
 שם הורה / אפוטרופוס _____ חתימה _____
חוות דעת הרופא:

עברתי על ההנחיות המצורפות לבדיקה רפואית של צוללים חובבים להלן מסקנותי:
 _____ אינני מוצא מצב רפואי המונע צלילה מאדם זה.
 _____ אינני ממליץ על אדם זה ככשיר רפואית וגופנית לצלילה

ד"ר _____ תחיתת רופא _____
 תאריך _____
 שם הרופא _____ כתובת: _____ טלפון _____