

Medicinska izjava Zapisnik ucesnika (poverljive informacije)

Molim vas pazljivo procitajte pre potpisivanja.

Ovo je izjava u kojoj ste informisani o nekim potencijalnim rizicima u ronjenju i ponasanju koje se od vas trazi tokom programa obuke. Vas potpis na ovoj izjavi je potreban zbog ucestvovanja u programu obuke ronjenja.

od _____ i
Instruktor
_____ lociran u
Ronilacki klub
gradu _____, drzava/provincija od _____.

Procitajte ovu izjavu pre potpisivanja. Morate popuniti ovu medicinsku izjavu, koja ukljucuje odeljak za medicinski upitnik, da biste se upisali u program obuke za ronjenje. Ako niste punoletni, morate imati potpisanu izjavu roditelja ili staratelja. Ronjenje je uzbudiva i zahtevna aktivnost. Kada se pravilno izvodi, primenjujuci ispravne tehnikom ona je relativno bezbedna. Medjutim, kada se ne postuju

utvrdjene sigurnosne procedure, postoje povecani rizici. Da biste sigurno ronili, ne biste trebali biti iznimno preterani ili izvan stanja. Ronjenje moze biti naporno pod određenim uslovima. Vas respiratorni i cirkularni sistemi moraju biti u dobrom zdravlju. Svi vazdusni prostori tela moraju biti normalni i zdravi. Osoba sa koronarnom bolescu, trenutnom prehladom ili kongestijom, epilepsijom, teskim medicinskim problemom ili pod uticajem alkohola ili lekova ne treba roniti. Ako imate astmu, srcanu bolest, druge hronicne bolesti ili redovno uzimate lekove, trebalo bi da se konsultujete sa svojim lekarom i instruktorom pre nego sto ucestvujete u ovom programu, a nakon roga redovno nakon zavrsetka.

Takodje cete nauciti od instruktora vazna sigurnosna pravila u vezi sa disanjem i izjednacavanjem pritiska tokom ronjenja. Nepravilna upotreba opreme za ronjenje moze dovesti do ozbiljnih povreda. Morate biti detaljno upuceni u njegovu upotrebu pod direktnim nadzorom kvalifikovanog instruktora. Ako imate dodatnih pitanja u vezi sa ovom medicinskom izjavom ili odeljkom Medicinski upitnik, pregledajte ih sa svojim instruktorom pre potpisivanja.

Medicinski upitnik

Ucesniku:

Svrha ovog medicinskog upitnika je da otkrije da li treba da vas pregleda Vas lekar pre uestca u rekreativnom treningu ronioca. Pozitivan odgovor na pitanje ne znaci da vas ono diskvalifikuje sa kursa. Pozitivan odgovor znaci da postoji prethodno postojece stanje koje moze da utice na vasu bezbednost tokom ronjenja i morate da potrazite savet od svog lekara pre nego sto zapocnete ronjenje.

- _____ Da li ste trudni, ili pokusavate da zatrudnite?
- _____ Da li trenutno uzimate lekove na recept? (sa izuzetkom kontrole radjanja ili protiv malarije)
- _____ Da li ste stariji od 45 godina i mozete odgovoriti sa DA na jedno ili vise sledecih pitanja?
 - trenutno pusite lulu, cigare ili cigarete
 - imate visok nivo holesterola
 - imate porodicnu istoriju srcanog udara
 - trenutno primate medicinsku pomoc
 - visok krvni pritisak
 - dijabetes, cak i ako se kontrolise dijetom

Da li ste ikada imali ili trenutno imate...

- _____ Astma, ili sistanje disanjem, ili sistanje vezbanjem?
- _____ Cesti ili teski napadi alergije?
- _____ Ceste prehlade, sinusitis ili bronhitis?
- _____ Bilo koji oblik bolesti pluca?
- _____ Pneumotoraks (kolaps pluca)?
- _____ Ostale bolesti grudi ili operacije na grudima?
- _____ Bihevioralno zdravlje, mentalni ili psiholoski problemi (napad panike, strah od zatvorenih ili otvorenih prostora)?
- _____ Epilepsija, konvulzije, konvulzije ili lekovi koji ih sprejavaju?
- _____ Ponavljajuce komplikovane migrenske glavobolje ili uzimanje lekova za njihovo sprečavanje?
- _____ Mrak ili nesvestica (potpuni / delimični gubitak svesti)?
- _____ Ucestale ili teske patnje od mucnine (morska bolest, bolest itd.)?

Molim vas da odgovorite na sledeca pitanja o prosloj ili sadasnjoj zdravstvenoj istoriji sa DA ili NE. Ako niste sigurni, odgovorite sa DA. Ako se primenjuje bilo koja od ovih stavki vama, moramo da zatrazimo da se konsultujete sa lekarom pre uestca u ronjenju. Vas instruktor ce vam dostaviti medicinsku izjavu RSTC-a i uputstva za fizicki pregled rekreativnog ronioca koja ce vas odvesti do vasesg lekara.

- _____ Dizenterija ili dehidracija koja zahteva medicinsku intervenciju?
- _____ Neke nesrece tokom ronjenja ili dekompresija?
- _____ Nemogucnost obavljanja umjerene vjezbe (primjer: hoda 1.6 km / 1 milju unutar 12 minuta)?
- _____ Povreda glave sa gubitkom svesti u poslednjih pet godina?
- _____ Ponavljajuci problemi sa ledima?
- _____ Operacija leđa ili kicme?
- _____ Dijabetes?
- _____ Problemi sa ledima, rukama ili nogama nakon operacije, povrede ili preloma?
- _____ Visok krvni pritisak ili uzimanje lekova za kontrolu krvnog pritiska?
- _____ Srcane bolesti?
- _____ Srcani udar?
- _____ Angina, operacija srca ili operacija krvnih sudova?
- _____ Operacija sinusa?
- _____ Bolost uha ili operacija, gubitak sluha ili problem ravnoteze?
- _____ Periodični problemi sa usima?
- _____ Krvarenje ili drugi poremećaji krvi?
- _____ Hernia?
- _____ Ulceracija ili operacija ulkusa?
- _____ Kolostomija ili ileostomija?
- _____ Korištenje ili liječenje droga ili alkoholizam u proteklih pet godina?

Informacije koje sam dao o svojoj medicinskoj istoriji su tacne po mom najboljem saznanju. Slažem se da prihvatim odgovornost za propuste u vezi sa mojim propustom da otkrijem postojeće ili prošlo zdravstveno stanje.

STUDENT

Molim vas pisite citko

Ime _____ Datum rođenja _____ Godina _____
Ime Initial Prezime Dan/Mesec/Godina

Adresa _____

Grad _____ Provincija/Region _____

Država _____ Zip/Postanski br. _____

Kućni Tel. () _____ Mobilni Tel. () _____

Email _____ FAX _____

Ime i adresa vašeg porodičnog lekara

Lekar _____ Klinika/Bolnica _____

Adresa _____

Datum poslednjeg pregleda _____

Ime ispitivaca _____ Klinika/Bolnica _____

Adresa _____

Telefon () _____ Email _____

Da li vam je ikada bio potreban lekar tokom ronjenja? ☐ Da ☐ Ne Ako da, kada? _____

Lekar

Ova osoba koja se prijavljuje za obuku ili je trenutno certificirana za bavljenje ronjenjem (samostalni aparat za podvodno disanje). Zahteva se vaše mišljenje o zdravstvenom stanju kandidata za ronjenje. Postoje uputstva za vaše informacije i reference.

Utišak lekara

☐ Ne nalazim medicinske uslove koje smatram nespojivim sa ronjenjem.

☐ Ne mogu da preporučim ovu osobu za ronjenje.

Napomena _____

_____ Datum _____
Potpis lekara ili pravni zastupnik lekara Dan/Mesec/Godina

Lekar _____ Klinika/Bolnica _____

Adresa _____

Telefon () _____ Email _____