

## فرم پزشکی مخصوص دوره های غواصی / پرسشنامه شرکت کنندگان

غواصی اسکوبا و غواصی آزاد نیازمند سلامت جسمانی و ذهنی می باشد. چند نمونه از بیماری هایی که در غواصی میتوانند خطرناک باشند در زیر ذکر شده اند. اشخاصی که هریک از این شرایط را دارند یا مستعد به آن هستند، باید توسط پزشک ارزیابی شوند. این پرسشنامه پزشکی غواصی مربوط به شرکت کنندگان است، که در آن مبنایی را برای تعیین اینکه اگر شما بایستی ارزیابی انجام دهید از این فرم استفاده نمایید. چنانچه علاقه به دانستن اطلاعاتی در مورد تناسب اندام برای غواصی دارید که در فرم زیر ذکر نشده است، قبل از غواصیتان با پزشک صحبت نمایید. اگر بیمار هستید از انجام غواصی بپرهیزید. اگر احساس می کنید ممکن است بیماری مسری داشته باشید، با شرکت نکردن در تمرینات غواصی یا فعالیتهای غواصی، از خود و دیگران محافظت نمایید. منابع موجود در این فرم مربوط به غواصی تفریحی و آزاد می باشد. این فرم در اصل به عنوان نخستین فرم پزشکی برای غواصان طراحی شده است، همچنین برای غواصانی که مشغول طی کردن دوره های بالاتر می باشند نیز مناسب است. برای امنیت خود و دیگران که ممکن است با شما غواصی کنند، لطفاً به تمامی سوالات صادقانه پاسخ دهید.

این پرسشنامه را به عنوان پیش نیاز یک دوره غواصی تفریحی یا دوره غواصی آزاد تکمیل نمایید.  
قابل توجه خانم ها: اگر باردار هستید یا قصد باردار شدن دارید، غواصی نکنید.

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله رجوع به BOX A	1. من در قسمت ریه/تنفس/قلب و خون مشکل داشته ام و یا احتمالاً مشکوک به COVID-19 هستم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله رجوع به BOX B	2. من بالای 45 سال سن دارم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	3. من سعی داشتم، به طور مرتب 3 بار در هفته فعالیت بدنی داشته باشم. (به طور مثال پیاده روی 1.6 کیلومتر در 14 دقیقه یا شنا به مسافت 200 متر بدون استراحت) اما نتوانستم یا به دلیل مشکلات جسمی قادر به انجام فعالیت های ورزشی نبوده ام یا به دلیل مشکلات جسمی قادر به انجام فعالیت های ورزشی نشده ام
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله رجوع به BOX C	4. من در قسمت چشم/گوش/مجاری تنفسی و سینوس مشکل دارم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	5. من طی 12 ماه گذشته جراحی کرده ام. یا مشکلات مداوم مربوط به جراحی ای که انجام داده ام را دارم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله رجوع به BOX D	6. من هوشیاری خود را از دست می دهم. دچار سردردهای میگرنی، تشنج، سکتة مغزی، آسیب قابل توجهی در سر شده ام. بیماری عصبی دارم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله رجوع به BOX E	7. من در حال حاضر تحت درمان قرار دارم (یا در 5 سال گذشته تحت درمان بوده ام). به علت مشکلات روانی، اختلال شخصیت، اعتیاد به مواد مخدر یا الکل. من ناتوانی در فراگیری دارم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله رجوع به BOX F	8. من دچار مشکلات زخم معده، دیابت و مشکلات جدی در قسمت کمر و فتق بوده ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله رجوع به BOX G	9. من اخیراً دچار مشکلات اسهال، روده و معده بوده ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	10. من در حال مصرف دارو هستم. (به غیر از داروهای جلوگیری از بارداری، داروهای ضد مالاریا به جزء mefloquine/Lariam).

### امضاء شرکت کننده

اگر پاسخ شما به هر 10 سوال خیر می باشد، به ارزیابی پزشکی نیاز ندارید. لطفاً فرم را امضاء نمایید، بیانیه را بخوانید و تاییدیه های لازم را انجام دهید. بیانیه شرکت کننده: من صادقانه به همه سوالات پاسخ داده ام، و می دانم که مسئولیت تمامی عواقب ناشی از هرگونه سوالی را که ممکن است به طور نادرست به آنها پاسخ داده باشم (یا به دلیل عدم افشای شرایط سلامتی در حال حاضر یا گذشته) را می پذیرم.

امضای شرکت کننده (یا در صورت نیاز به امضای والدین / سرپرست شرکت کننده ، یا قیم).  
تاریخ (روز/ماه/سال)

نام شرکت کننده  
تاریخ تولد (روز/ماه/سال)

نام مدرس  
نام کلوب

• اگر جواب شما به سوالات 3، 5 یا 10 یا به هر یک از سوالات موجود در صفحه بله بوده است، لطفاً بیانیه فوق را بخوانید و آن را امضاء نمایید و هر سه صفحه این فرم (در صورت چاپ 3 صفحه می باشد) را جهت انجام ارزیابی نزد پزشک ببرید. شرکت در دوره غواصی نیاز به تأیید پزشک دارد.

## فرم پزشکی خواصان پرسشنامه شرکت کنندگان

BOX A - دارم / داشته ام		
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	جراحی قفسه سینه، جراحی قلب، جراحی دریچه قلب، قرارگیری استنت یا پنوموتوراکس (اختلال در ریه)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آسم، خس خس سینه، حساسیت شدید، تب یونجه یا بسته شدن راه هوایی در طی 12 ماه گذشته که فعالیت ورزشی و بنی من را محدود کرده است دارم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	مشکل یا بیماری که قلب من را درگیر کرده است از جمله: آنژین، درد در قفسه سینه هنگام ورزش، نارسایی قلبی، ورم ریوی، حمله قلبی یا سکته مغزی، و یا برای بیماری قلبی دارو مصرف می کنم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	برونشیت مکرر، و در حل حضور در طی 12 ماه گذشته سرفه می کنم، یا آفیزم برلیم تشخیص داده شده است.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	COVID-19 تشخیص داده شده است.

## BOX B - بیشتر از 45 سال سن دارم و :

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	در حال حاضر من به روش های دیگری از نیکوتین استفاده یا استنشاق می کنم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	من دارای کلسترول بالایی هستم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	من دارای فشار خون بالایی هستم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	من قبل از سن 50 سالگی دچار خونریزی نسبی شده ام یا در اثر بیماری قلبی یا سکته مغزی دچار خونریزی شده ام، یا قبل از سن 50 سالگی سابقه خانوادگی بیماری قلبی (از جمله ریتم غیر طبیعی قلب، بیماری عروق کرونر یا کاردیومیوپاتی) دارم.

## BOX C - دارم / داشته ام

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	عمل جراحی برای سینوس طی 6 ماه گذشته داشته ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	بیماری گوش یا جراحی گوش، کم شنوایی یا مشکلات تعادل داشته ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	سینوزیت مکرر در طی 12 ماه گذشته داشته ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	عمل جراحی چشم در طی 3 ماه گذشته داشته ام.

## BOX D - من دارم / داشته ام

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آسیب دیدگی در قسمت سر همراه با از دست دادن هوشیاری در 5 سال گذشته داشته ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آسیب یا بیماری عصبی مداوم داشته ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	تکرار در سردردهای میگرنی در طی 12 ماه گذشته داشته ام یا برای جلوگیری از آن دارو مصرف کرده ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	بیهوشی یا غش (به طور کامل بیهوش/ جزئی با کمی آگاهی) طی 5 سال گذشته داشته ام.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	صرع و تشنج داشته ام، یا داروهایی را برای پیشگیری از آنها مصرف کرده ام (می کنم).

**BOX E - دارم / داشته ام**

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	سلامت رفتاری، مشکلات روحی و روانی که نیاز به معالجه پزشکی / روانپزشکی.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	افسردگی شدید، تمایل به خودکشی، حملات استرسی یا در اثر هراس، اختلال دو قطبی کنترل نشده ای که نیاز به دارو / درمان روانپزشکی دارد.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	وضعیت بهداشت روانی یا اختلال در یادگیری / رشد که به مراقبت مداوم نیاز دارد، تشخیص داده شده است.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	اعتیاد به مواد مخدر یا الکل در 5 سال گذشته که نیاز به درمان دارد.

**BOX F - دارم / داشته ام**

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	مشکلات مکرر در قسمت کمر در 6 ماه گذشته که فعالیت روزمره من را محدود کرده است.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	جراحی کمر یا ستون فقرات در طی 12 ماه گذشته.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	دیابت، یا انسولین یا تحت کنترل رژیم هستم، یا دیابت بارداری در طی 12 ماه گذشته.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	دچار مشکل فمق هستم، که درمان نشده است.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	دچار زخم هلی هستم که درمان نشده، و یا در 6 ماه گذشته جراحی هلی داشته ام که اثرات زخم آن ها هنوز باقی مانده است.

**BOX G - داشته ام**

<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	جراحی استوما داشته ام و برای فعالیت های ورزشی امی دارای مجوز پزشک نیستم.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	کمبود آب بدن در 7 روز گذشته که نیاز به مداخله پزشکی دارد.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	زخم معده یا روده فعلی یا درمان نشده با جراحی در 6 ماه گذشته.
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	سوزش مکرر قلب، نارسایی یا بیماری ریفلکس معده به دستگاه گوارش (GERD)
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	کولیت یا ورم کنترل نشده در روده
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	در 12 ماه گذشته جراحی هلی مربوط به کاهش اضافه وزن داشته ام

# فرم پزشکی مخصوص دوره های غواصی / پرسشنامه شرکت کنندگان

نام شرکت کننده

تاریخ تولد

(تاریخ تولد (روز/ ماه/ سال)

## نتیجه ارزیابی

تأیید شده - من هیچ مشکلی که با غواصی تفریحی یا غواصی آزاد ناسازگار باشد را شناسایی نکرده ام.

تأیید نشده است - مشکلاتی که با غواصی تفریحی یا غواصی آزاد ناسازگار باشد یافت شده است.

امضاء پزشک

تاریخ (روز/ ماه/ سال)

نام پزشک

تخصص

درمانگاه / بیمارستان

آدرس

شماره تماس

ایمیل

مهر پزشک / درمانگاه

فدراسیون نجات غریق و غواصی جمهوری اسلامی ایران