



Imię i nazwisko Uczestnika

Data urodzenia

(drukowanymi literami)

Data (dd/mm/yyyy)



## Medycyna nurkowa | Kwestionariusz uczestnika

Nurkowanie rekreacyjne i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving) wymagają dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego. Istnieje kilka stanów chorobowych, wymienionych poniżej, które mogą stanowić zagrożenie podczas nurkowania. Osoby, które mają którekolwiek z tych schorzeń lub są do nich predysponowane, powinny przeprowadzić konsultację lekarską. Niniejszy kwestionariusz medyczny dla uczestników nurkowania stanowi podstawę do określenia, czy powinieneś zasięgnąć takiej oceny. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące swojej zdolności do nurkowania, które nie są przedstawione w tym formularzu, skonsultuj się z lekarzem przed nurkowaniem. Jeśli czujesz się źle, unikaj nurkowania. Jeśli uważasz, że możesz mieć chorobę zakaźną, chroń siebie i innych nie uczestnicząc w szkoleniach nurkowych i/lub zajęciach nurkowych. Informacje i stwierdzenia dotyczące "nurkowania" w niniejszym formularzu obejmują zarówno nurkowanie rekreacyjne, jak i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving). Formularz ten jest przygotowany głównie jako wstępna ocena medyczna dla nurków rozpoczynających nurkowanie, ale jest również odpowiedni dla nurków podejmujących dalszą edukację. Dla bezpieczeństwa Twojego i innych osób, które mogą nurkować z Tobą, odpowiedz uczciwie na wszystkie pytania.

### Wskazówki

Wypełnij ten kwestionariusz jako warunek wstępny do kursu nurkowania rekreacyjnego lub na wstrzymanym oddechu.

**Uwaga dla kobiet:** Jeśli jesteś w ciąży lub próbujesz zająć w ciąży, nie nurkuj.

1	Miałem/am problemy z płucami, oddychaniem, sercem i/lub krwią, które wpływają na mój normalny stan fizyczny lub psychiczny	<input type="checkbox"/> Tak Idź do pola A	<input type="checkbox"/> Nie
2	Mam ponad 45 lat.	<input type="checkbox"/> Tak Idź do pola B	<input type="checkbox"/> Nie
3	Mam trudności z wykonywaniem umiarkowanych ćwiczeń (np. przejście 1,6 km w ciągu 14 minut lub przepłynięcie 200 metrów bez odoczynku) LUB nie byłem w stanie uczestniczyć w normalnym wysiłku fizycznym z powodu kondycji fizycznej lub stanu zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
4	Miałam/em problemy z oczami, uszami, przewodami nosowymi lub zatokami przynosowymi.	<input type="checkbox"/> Tak Idź do pola C	<input type="checkbox"/> Nie
5	Miałam/em operację w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB mam ciągle problemy związane z wcześniejszymi operacjami.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
6	Straciłam/em przytomność, miałam/em migrenowe bóle głowy, napady drgawek, udar mózgu, istotny uraz głowy lub cierpię na trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	<input type="checkbox"/> Tak Idź do pola D	<input type="checkbox"/> Nie
7	Obecnie jestem leczony/a (lub wymagałem/am leczenia w ciągu ostatnich pięciu lat) z powodu problemów psychologicznych, zaburzeń osobowości, ataków paniki, uzależnienia od narkotyków lub alkoholu lub zostałem/am zdiagnozowany/a jako osoba z zaburzeniami uczenia się lub rozwoju.	<input type="checkbox"/> Tak Idź do pola E	<input type="checkbox"/> Nie
8	Miałam/em lub mam problemy z plecami, przepuklinę, owrzodzenia albo cukrzycę.	<input type="checkbox"/> Tak Idź do pola F	<input type="checkbox"/> Nie
9	Miałam/em lub mam problemy żołądkowe lub jelitowe, w tym w ostatnim czasie biegunkę.	<input type="checkbox"/> Tak Idź do pola G	<input type="checkbox"/> Nie
10	Przyjmuję leki przepisane przez lekarza na receptę (z wyjątkiem leków antykoncepcyjnych lub przeciwmalarycznych innych niż meflochina (Lariam).	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie

### Podpis uczestnika

Jeśli odpowiedział/aś NIE na wszystkie 10 powyższych pytań, ocena lekarska nie jest wymagana. Prosimy o zapoznanie się i wyrażenie zgody na poniższe oświadczenie uczestnika poprzez złożenie podpisu i wpisanie daty wypełniania formularza.

**Oświadczenie Uczestnika:** Odpowiedziałam/em na wszystkie pytania uczciwie i rozumiem, że przyjmuję odpowiedzialność za wszelkie konsekwencje wynikające z pytań, na które odpowiedziałam/em nieprecyzyjnie lub za nieujawnienie jakichkolwiek obecnych lub przeszłych stanów zdrowia.

\_\_\_\_\_

Podpis Uczestnika (lub, w przypadku osoby niepełnoletniej, podpis rodzica/opiekuna)

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Uczestnika (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Instruktora (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_

Data (dd/mm/yyyy)

\_\_\_\_\_

Data urodzenia (dd/mm/yyyy)

\_\_\_\_\_

Nazwa Centrum Nurkowego (drukowanymi literami)

\* Jeśli odpowiedział/aś TAK na pytania 3, 5 lub 10 powyżej LUB na którekolwiek z pytań na stronie 2, prosimy przeczytać i zaakceptować powyższe oświadczenie, podpisując je i wpisując datę ORAZ zabrać wszystkie trzy strony tego formularza (Kwestionariusz Uczestnika i Formularz Oceny Medycznej) do lekarza w celu dokonania oceny medycznej. Uczestnictwo w kursie nurkowym wymaga zgody lekarza.

Data wersji: 2022-02-01 1 z 3 © 2020

## Medycyna nurkowa | Kwestionariusz Uczestnika – kontynuacja

**POLE A – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:**

Operację klatki piersiowej, operację serca, operację zastawek serca, założenie stentu, implantację urządzenia medycznego (np. stymulatora serca lub układu nerwowego) lub odmě opluczną (zapadnięcie płuco).	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Astmę, świszczący oddech, nasilone alergie, katar sienny lub niedrożne drogi oddechowe, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, które ograniczały moją aktywność fizyczną / aktywność sportową.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Problem lub chorobę związaną z moim sercem, na przykład: dusznicę bolesną, ból w klatce piersiowej przy wysiłku, niewydolność serca, obrzęk płuc, zawał serca lub udar mózgu LUB przyjmuję leki na jakąkolwiek chorobę serca.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Nawracające zapalenie oskrzeli i kaszel w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB zdiagnozowaną rozedmę.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Symptomy wskazujące na problemy z płucami, oddychaniem, sercem i/lub krwią w ciągu ostatnich 30 dni, które wpływają na mój stan fizyczny lub psychiczny	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie

**POLE B – MAM PONAD 45 LAT ORAZ:**

Obecnie palę lub wdycham nikotynę w inny sposób.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Mam wysoki poziom cholesterolu.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Mam wysokie ciśnienie krwi.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Miałam/em bliskiego krewnego zmarłego nagle lub z powodu choroby serca lub udaru mózgu przed 50 rokiem życia LUB mam w rodzinnym wywiadzie chorobę serca u osób przed 50 rokiem życia (w tym zaburzenia rytmu serca, chorobę wieńcową lub kardiomiopatię).	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie

**POLE C – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:**

Operację zatok w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z równowagą.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Powtarzające się zapalenie zatok w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Operację oka w ciągu ostatnich 3 miesięcy.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie

**POLE D – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:**

Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich 5 lat.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Powtarzające się migrenowe bóle głowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub przyjmuję leki, aby im zapobiec.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Utratę przytomności lub omdlenie (całkowita/częściowa utrata świadomości) w ciągu ostatnich 5 lat.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Padaczkę, napady padaczkowe lub drgawki LUB przyjmuję leki, aby im zapobiec.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie

**POLE E – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:**

Problemy behawioralne, psychiczne lub psychologiczne wymagające leczenia medycznego/psychiatrycznego.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Poważną depresję, myśli samobójcze, ataki paniki, niekontrolowaną chorobę dwubiegunową wymagającą leczenia farmakologicznego/psychiatrycznego.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Zdiagnozowane zaburzenie psychiczne lub zaburzenie uczenia się/rozwoju, które wymaga stałej opieki lub specjalnych form pomocy.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Uzależnienie od narkotyków lub alkoholu wymagające leczenia w ciągu ostatnich 5 lat.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie

**POLE F – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:**

Powtarzające się w ciągu ostatnich 6 miesięcy problemy z plecami, które ograniczają moją codzienną aktywność.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Operację pleców lub kręgosłupa w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Cukrzyca, zarówno kontrolowana przez leki, jak i przez dietę LUB cukrzyca ciążowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Nieskorygowaną przepuklinę, która ogranicza moje możliwości fizyczne.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Aktywne lub nielezione owrzodzenia, problematyczne rany lub chirurgiczne leczenie owrzodzeń w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie

**POLE G – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:**

Operację stomii i nie mam zezwolenia lekarskiego na pływanie lub angażowanie się w aktywność fizyczną.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Odwodnienie wymagające interwencji medycznej w ciągu ostatnich 7 dni.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Aktywne lub nielezione wrzody żołądka lub jelita lub chirurgiczne leczenie wrzodów przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Częstą zgagę, regurgitację lub refluks żołądkowo-przełykowy (GERD).	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Aktywne lub niekontrolowane wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie
Operację bariatryczną w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie

\*Wymagana ocena lekarza specjalisty (patrz strona 1). 2 z 3 © 2020