

Медицинская Часть

Информация строго конфиденциальна

Этот документ, призванный проинформировать Вас о потенциальном риске, с которым связаны занятия подводным плаванием (SCUBA-дайвингом), необходим Вам во время прохождения обучения. Подписав данный документ, Вы сможете принять участие в курсе обучения подводному плаванию, который проводится:

(инструктор) _____ и (дайв-центр) _____, расположенном в городе _____, в стране _____.

Внимательно прочитайте и обсудите данный документ, перед тем как его подписать. Чтобы приступить к обучению подводному плаванию, Вам необходимо заполнить Медицинскую Часть данного документа, включающую в себя раздел "Медицинская анкета". Если Вы – несовершеннолетний, то данный документ должен быть подписан родителями или опекуном.

Дайвинг – это потрясающе интересный спорт, занятия которым абсолютно безопасны при соблюдении правильной техники погружений. Однако если не следовать установленным процедурам, существует определенный риск.

Чтобы погружения с аквалангом были безопасны, Вы должны быть в хорошей физической форме, по возможности не страдать избыточной массой тела. При некоторых условиях занятия дайвингом сопряжены со значительными физическими усилиями, Ваши дыхательная и кровеносная системы должны быть в порядке. Воздушные полости Вашего организма также должны быть здоровы. Человек, страдающий заболеваниями сердечно-сосудистой системы, простудными заболеваниями, астмой, эпилепсией, имеющий заложенность носа или ушей или какие-либо другие медицинские проблемы, либо находящийся под воздействием алкоголя или наркотических веществ, погружаться не должен. Если Вы принимаете лекарственные препараты, то перед тем как принять участие в данном курсе проконсультируйтесь с лечащим врачом и инструктором. Вам также необходимо вместе с инструктором изучить важные правила безопасного дыхания и уравнивания давления под водой. Неграмотное использование снаряжения для дайвинга может привести к серьезным травмам. Для безопасного использования снаряжения Вы должны пройти всестороннюю подготовку по его применению под непосредственным руководством профессионального инструктора.

Если у Вас возникли дополнительные вопросы, касающиеся данной Медицинской Части или Медицинской анкеты, перед тем как подписать данный документ обсудите их с Вашим инструктором.

Медицинская анкета

Участнику:

Данная медицинская анкета поможет определить, нужно ли Вам проходить медицинский осмотр у врача, перед тем как принять участие в обучении дайвингу. Положительный ответ на вопрос не является противопоказанием к занятиям подводным плаванием, он лишь означает, что существуют обстоятельства, которые могут повлиять на Вашу безопасность под водой, и поэтому требуется консультация лечащего врача.

Пожалуйста, отвечайте на вопросы ДА и НЕТ. Если Вы не уверены в ответе, отвечайте ДА. В случае положительного ответа перед тем как приступить к занятиям дайвингом проконсультируйтесь с Вашим лечащим врачом: Ваш инструктор снабдит Вас перечнем вопросов, которые Вам следует обсудить с врачом.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Беременны ли Вы или предполагаете, что можете быть беременны? | <input type="checkbox"/> Клаустрофобия или агарофобия (боязнь закрытых или открытых пространств) | <input type="checkbox"/> Какие-либо заболевания сердца |
| <input type="checkbox"/> Вы регулярно принимаете лекарственные препараты? (исключение - противозачаточные препараты) | <input type="checkbox"/> Психические расстройства | <input type="checkbox"/> Инфаркты |
| <input type="checkbox"/> Вы старше 45 лет и можете положительно ответить хотя бы на одно из следующих утверждений: | <input type="checkbox"/> Эпилепсия, припадки, судороги или Вы принимаете медикаменты для их предупреждения | <input type="checkbox"/> Стенокардия или какие-либо операции на сосудах |
| • Вы курите трубку, сигары или сигареты | <input type="checkbox"/> Постоянные мигрени или Вы принимаете медикаменты для их предупреждения | <input type="checkbox"/> Хирургические вмешательства на ушах или пазухах |
| • у Вас высокий уровень холестерина | <input type="checkbox"/> Обмороки или потеря сознания (полная или частичная) | <input type="checkbox"/> Болезни уха, потеря слуха, проблемы с вестибулярным аппаратом |
| • кто-либо из членов Вашей семьи перенес инфаркт или инсульт | <input type="checkbox"/> Вас часто укачивает (морская болезнь, укачивание в машине и т.д.) | <input type="checkbox"/> Проблемы с уравниванием давления в ушах во время авиалетов или при подъеме в горы |
| Было ли у Вас в прошлом или имеется в настоящее время одно из следующих состояний... | <input type="checkbox"/> Несчастные случаи или декомпрессионная болезнь при предыдущих погружениях | <input type="checkbox"/> Кровотечения или любые другие проблемы с кровью |
| <input type="checkbox"/> Астма, одышка в покое или одышка при физической нагрузке | <input type="checkbox"/> Какие-либо проблемы с позвоночником | <input type="checkbox"/> Грыжи |
| <input type="checkbox"/> Постоянные или единичные приступы сенной лихорадки либо другие проявления аллергической реакции | <input type="checkbox"/> Операции на позвоночнике | <input type="checkbox"/> Язвенная болезнь, в том числе хирургическое ее лечение |
| <input type="checkbox"/> Частые простудные заболевания, синуситы, бронхиты | <input type="checkbox"/> Сахарный диабет | <input type="checkbox"/> Колостомы |
| <input type="checkbox"/> Какие-либо заболевания легких | <input type="checkbox"/> Какие-либо проблемы со спиной, руками или ногами (травмы, операции) | <input type="checkbox"/> Алкогольная или наркотическая зависимость |
| <input type="checkbox"/> Пневмоторакс (спавшееся легкое) | <input type="checkbox"/> Неспособность выполнить несложные физические упражнения (пройти 1 км за 10 минут) | |
| <input type="checkbox"/> Операции на грудной клетке | <input type="checkbox"/> Эпизоды повышенного артериального давления или прием гипотензивных препаратов | |

Информация о состоянии здоровья, которую я предоставил, наилучшим образом отражает мои собственные знания о нем.

Подпись _____

Дата _____

Подпись родителей или опекуна _____

Дата _____