

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА (стр. 1 из 2)

** ВАЖНО **

Фридайвинг является активным видом деятельности, осуществляемым в водной среде, который может, при определенных условиях, привести к увеличению риска получения травм. Этот риск может быть значительно выше, в зависимости от состояния вашего здоровья. Состояние вашего здоровья не обязательно может быть фактором риска в других видах активной деятельности или спорта. Поэтому AIDA использует данную анкету, чтобы вы осознали факторы риска. Мы хотим, чтобы вы внимательно ответили на вопросы анкеты, прежде чем заниматься фридайвингом, т.к. от этого зависит ваше здоровье, ваша безопасность и безопасность лиц, с которыми вы ныряете.

Цель этой медицинской анкеты - выяснить, не проходили ли вы специфическое лечение до участия в тренировках или соревнованиях по фридайвингу. Положительный ответ на один из вопросов не обязательно дисквалифицирует вас от участия в тренировках или соревнованиях, но означает, что занятие фридайвингом может повлиять на ваше здоровье и вы должны обязательно проконсультироваться с врачом, прежде чем приступать к тренировкам или участвовать на соревнованиях. Подпись врача, поставленная в конце данной анкеты, говорит о том, что он/она не находит медицинских противопоказаний занятиям фридайвингом, даже если в графе "ДА" стоят отметки.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, исходя из вашей прошлой и настоящей медицинской истории, поставив «+» в столбце ДА или НЕТ. Если вы не уверены в каком-либо ответе, отвечайте ДА.

1	Неврологические заболевания: Особенно любые случаи судорог, инсультов, хирургических операций на головном мозге, повторяемые блэкауты или обмороки, сильные головные боли, мигрени, или аневризмы кровеносных сосудов головного мозга.	ДА	НЕТ
2	Сердечно-сосудистые заболевания: Особенно инфаркт миокарда, операции на сердце, аритмии, неконтролируемое повышенное артериальное давление.		
3	Лёгочные заболевания: Особенно случаи спонтанного коллапса лёгкого, разрыв лёгких из-за травмы, кисты или воздушные карманы легких, тяжелые повреждения лёгочной ткани, эмфизема лёгких или любые проблемы, которые мешают вашей способности дышать.		
4	Заболевания ушей: Постоянные отверстия в барабанной перепонке, случаи разрыва барабанной перепонки, постоянные пробки в барабанных перепонках, тяжелые нарушения слуха или потеря слуха в одном или обоих ушах, или крупные операции уха.		
5	Заболевания синусов: опухоли, полипы, кисты пазух и носовых проходов, операции на синусах или стойкие инфекции пазух.		
6	Астма: Случаи астмы и приступов астмы. Любые случаи свистящего дыхания, вызванные состоянием тревоги, холода, усталости и т. д. Любое состояние, требующее лечения и / или использование ингалятора для контроля хрипа.		
7	Сахарный диабет: диабет I типа (инсулино зависимый) или диабет II типа, который требует инсулин или пероральных препаратов для контроля. Любые формы сахарного диабета, которые являются непостоянными и приводит к эпизодическим случаям гипогликемии (низкий уровень сахара в крови), гипергликемия (очень высокий уровень сахара в крови), или это было связано с болезнью почек, болезнью глаз, заболеваниями сердца или заболеваниями кровеносных сосудов.		
8	Беременность: если вы в настоящее время беременны или планируете забеременеть.		
9	Заболевания во фридайвинге / дайвинге: предыдущие случаи заболеваний во время дайвинга, декомпрессионная болезнь, декомпрессионная болезнь внутреннего уха.		
10	Лекарства: любое лекарство, принимаемое на регулярной основе, выписанное врачом.		
11	Основные медицинские проблемы: любое неупомянутое физическое и / или эмоциональное состояние, которое может повлиять на вашу безопасность под водой или повлиять на ваше выступление в условиях физического или эмоционального стресса.		

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА (стр. 2 из 2)

Я подтверждаю, что я ответил на все вопросы точно и честно

Подпись:

Имя фридайвера: _____
(печатными буквами)

Дата рождения* _____

Дата заполнения: _____

* если фридайверу меньше 18 лет, должна быть подпись родителей, либо опекуна

Подпись родителей или опекуна: _____

ЗАПОЛНЯЕТ ВРАЧ (если на странице 1 были отметки “ДА”)

() Я не вижу никаких медицинских противопоказаний, которые бы были несовместимы со фридайвингом

() Я не могу рекомендовать этому человеку заниматься фридайвингом

Подпись врача: _____

Фамилия, имя врача: _____
(печатными буквами)

Дата: _____

Телефон врача: _____

Печать врача:

Моя подпись означает, что я полностью проверил заполнение данной медицинской анкеты и не нахожу причин в запрете занятиям фридайвингом