

Zdravotnický dotazník | zájemce o potápění

Rekreační potápění a freediving vyžadují dobré fyzické a duševní zdraví. Níže je uvedena řada rizik, které mohou při potápění představovat nebezpečí a je třeba jim věnovat pozornost. Ti, kteří jsou ohroženi těmito riziky nebo mají k některým predispozice, by měli být zhodnoceni lékařem. Dotazník Vám poskytne informace pro následné rozhodování, zda byste měli vyhledat další odborné posouzení. Pokud máte jakékoliv obavy ohledně Vaší potápěčské způsobilosti z důvodů, které nejsou uvedeny v tomto formuláři, poraďte se před potápěním se svým lékařem. Pokud se cítíte nemocní, potápění se vyhněte. Pokud se domníváte, že můžete mít infekční onemocnění, chraňte sebe i ostatní a vyhněte se účasti na potápěčských školeních a dalších akcích. Formulář je zaměřen na rekreační přístrojové i nádechové potápění. Dotazník je navržený zejména jako vstupní screeningový lékařský dotazník pro začínající potápěče, ale je vhodný rovněž pro potápěče, kteří se dále vzdělávají. V zájmu Vaší bezpečnosti i všech ostatních, kteří se s Vámi mohou potápět, odovězte na všechny otázky pravdivě.

Pokyny

Vyplňte tento dotazník jako první krok před zahájením kurzu přístrojového nebo nádechového potápění.

Poznámka pro ženy: Pokud jste těhotná, nebo se snažíte otěhotnět, nepotápějte se.

1	Měl jsem problémy s plicemi/dýcháním, srdcem, špatné krevní testy, nebo mi byl diagnostikován covid-19.	Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku A	Ne <input type="checkbox"/>
2	Je mi více než 45 let.	Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku B	Ne <input type="checkbox"/>
3	Musím vynaložit velké úsilí, abych zvládl fyzickou zátěž v podobě lehkého cvičení (např. chůze 1,5 km za 14 minut nebo plavání 200 m bez odpočinku), nebo nejsem schopen vykonat normální fyzickou aktivitu v důsledku špatné zdravotní kondice v uplynulých 12 měsících.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
4	Měl/a jsem/mám problémy se zrakem, sluchem nebo s nosní průchodností/dutinami.	Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku C	Ne <input type="checkbox"/>
5	Podstoupil jsem chirurgický zákrok během posledních 12 měsíců, nebo mám problémy související s minulými operacemi.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
6	Prodělal jsem ztrátu vědomí, měl jsem migrény, záchvaty, mrtvici, významné poranění hlavy, nebo mám trvalý neurologický nálezn	Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku D	Ne <input type="checkbox"/>
7	V současné době podstupuji léčbu (nebo jsem podstoupil léčbu během posledních 5 let) psychických problémů, poruchy osobnosti, panických stavů (atak) nebo jsem byl závislý na drogách či alkoholu, nebo jsem měl diagnostikovanou poruchu učení nebo jinou vývojovou vadu.	Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku E	Ne <input type="checkbox"/>
8	Měl jsem, nebo stále mám problémy se zády, kýlou, vředy nebo trpím cukrovkou.	Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku F	Ne <input type="checkbox"/>
9	I Měl jsem, nebo stále trpím na žaludeční/střevní potíže (zahrňte i nedávný průjem).	Ano <input type="checkbox"/> Přejděte na tabulku G	Ne <input type="checkbox"/>
10	Užívám léky na předpis (s výjimkou antikoncepce nebo antimalarik jiných než s mefloniquem - Lariam).	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>

Prohlášení účastníka

Pokud jste odpověděli NE na všech 10 otázek, není požadováno lékařské hodnocení. Prosím přečtěte a souhlaste s prohlášením níže uvedením svého podpisu a data vyplnění.

Prohlášení účastníka: Odpověděl jsem na všechny otázky pravdivě a rozuměl jsem, že přijímám odpovědnost za jakékoliv následky vyplývající z otázek, na které jsem odpověděl nepřesně nebo jsem zamlčel svůj předchozí stav.

Jméno účastníka (nebo zákonného zástupce/opatrovníka)

Datum (dd/mm/yyyy)

Jméno účastníka (tisk)

Datum narození (dd/mm/yyyy)

Jméno instruktora (tisk)

Název zařízení (tisk)

*** Pokud jste na otázku 3, 5 nebo 10 NEBO** na jakoukoli otázku ze strany 2 odpověděli **ANO**, prosím, přečtěte si a potvrďte přiložené prohlášení svým podpisem a datem **A vezměte všechny tři strany tohoto formuláře (Dotazník účastníka a formulář hodnocení lékaře) ke svému lékaři** pro odborné vyhodnocení. Vaše účast na potápěčském kurzu vyžaduje schválení lékaře.

Zdravotnický dotazník | Pokračování dotazníku pro účastníky

TABULKA A – MĚL/A JSEM/MÁM:		
Hrudní operaci, operaci srdce, operaci srdeční chlopně, umístění stentu, kardiostimulátoru, neurostimulátoru nebo pneumotorax (selhání plic).	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Astma, dechová nedostatečnost, závažné alergie, senná rýma nebo ztížené dýchání, poškozené dýchací cesty v posledních 12 měsících, které limitují mou fyzickou aktivitu/cvičení.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Problém nebo onemocnění týkající se srdce jako jsou: hrudní angína, námahová bolest na hrudi, srdeční selhání, plicní edém, infarkt srdce nebo mrtvice, NEBO beru léky na srdce.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Opakující se bronchitidu a kašláni během posledních 12 měsíců, NEBO mi byl diagnostikován emfyzém plic.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Diagnóza COVID-19.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
TABULKA B – JE MI VÍCE NEŽ 45 LET A:		
Kouřím nebo užívám nikotin jinými způsoby.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Mám vysokou hladinu cholesterolu.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Mám vysoký tlak.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Měl jsem blízké pokrevní příbuzné, kteří náhle zemřeli na srdeční onemocnění, nebo mrtvici před 50. rokem života NEBO mám v rodinné anamnéze srdeční onemocnění před 50. rokem života (zahrnuje srdeční arytmií, tepenné koronární onemocnění nebo kardiomyopatii).	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
TABULKA C – MĚL/A JSEM/MÁM:		
Operace dutin během posledních 6 měsíců.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Onemocnění uší nebo jsem měl/a operaci uší, ztrátu sluchu nebo mám potíže s rovnováhou.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Opakující se záněty dutin během posledních 12 měsíců.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Operace očí během posledních 3 měsíců.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
TABULKA D – MĚL/A JSEM/MÁM:		
Úraz hlavy se ztrátou vědomí během posledních 5 let.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Trvalé neurologické onemocnění nebo úraz.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Opakované migrény během posledních 12 měsíců, nebo brání léků k jejich předcházení.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Výpadky nebo omdlávání (úplná/částečná ztráta vědomí) během posledních 5 let.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Epilepsie, záchvaty nebo křeče, NEBO užívání léků k jejich předcházení.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
TABULKA E – MĚL/A JSEM/MÁM:		
Poruchy chování, mentální a psychické problémy vyžadující lékařskou/psychiatrickou léčbu.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Závažné deprese, sebevražedné úmysly, panické ataky, nekontrolovatelné bipolární poruchy vyžadující lékařskou/psychiatrickou léčbu.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Diagnózu poruchy duševního zdraví, nebo poruchou učení/vývoje, které vyžadují trvalou léčbu, nebo pobyt ve specializovaném zařízení.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Závislost na drogách nebo alkoholu vyžadující léčbu během posledních 5 let.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
TABULKA F – MĚL/A JSEM/MÁM:		
Opakující se potíže se zády v posledních 6 měsících, které limitují mé každodenní aktivity.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Operace zad nebo páteře během posledních 12 měsíců.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Diabetes léčený léky nebo dietou, NEBO těhotenský diabetes během posledních 12 měsíců.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Neléčená kýla limitující mé fyzické schopnosti.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Aktivní nebo neléčené vředy, problémové rány nebo operace vředů během posledních 6 měsíců.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
TABULKA G – MĚL/A JSEM/MÁM:		
Vývod orgánu (stomii) bez lékařského souhlasu k plavání nebo větší fyzické aktivitě nebo zapojení ve fyzické činnosti.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Dehydratace vyžadující lékařskou intervenci během posledních 7 dnů.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Aktivní nebo neléčený žaludeční nebo střevní vřed, nebo operace střev během posledních 6 měsíců.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Časté pálení žáhy, navracení žaludečního obsahu nebo gastroesofageální reflux.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Aktivní, nebo neléčená ulcerózní kolitida nebo Crohnova choroba.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>
Bariatrické operace v posledních 12 měsících.	Ano <input type="checkbox"/> *	Ne <input type="checkbox"/>