

Búvárorvos | Résztevői kérdőív

A rekreációs búvárokodás és a szabadtüdő búvárokodás jó fizikai és mentális egészséget igényel. Az alábbiakban felsorolunk néhány egészségi állapotot, amelyek veszélyesek lehetnek búvárokodás közben. Azokat, akiknél ezen állapotok bármelyike fennáll vagy hajlamosak ezekre, orvosnak kell értékelnie. Ez a Búvárorvosi | Résztevői kérdőív szükséges annak meghatározásához, hogy kell-e kérned ezt a szakvéleményt. Amennyiben bármilyen aggályod van a búvárokodással kapcsolatos olyan fizikai- vagy egészségi erőnlétteddel kapcsolatban, amely nem szerepel ebben a felsorolásban, merülés előtt konzultálj orvosoddal. Ha betegnek érzed magad, akkor kerüld a búvárokodást. Ha úgy gondolod, hogy fertőző betegséged lehet, akkor vedd magadat és másokat azzal, hogy nem veszel részt merülési tréningeken és/vagy merülési tevékenységekben. A „búvárokodásra” való hivatkozás ebben a nyomtatványban magában foglalja a rekreációs búvárokodást és a szabadtüdő merülést is. Ezt a nyomtatványt elsősorban az új búvárok első orvosi szűrőjeként tervezték, de a továbbképzésen résztvevő búvárok számára is megfelelő. A saját- és az esetleg veled merülőök biztonsága érdekében a kérdőív minden kérdésére őszintén válaszolj.

Útmutatók

Rekreációs búvárokodás vagy szabadtüdő merülési tanfolyam előfeltételeként töltsd ki ezt a kérdőívet.

Megjegyzés nők számára: Ha terhes vagy, esetleg most tervezel teherbe esni: ne merülj!

1	Problémáim voltak a tüdőmmel/légzésemmel, szívemmel, véremmel; és/vagy COVID-19-cel diagnosztizáltak.	Igen lépj tovább az „A” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
2	45 évesnél idősebb vagyok.	Igen lépj tovább az „B” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
3	Nehezen teljesítek mérsékelt fizikai megterhelést is (például 1,6 kilométer [1 mérföld] sétát 14 perc alatt, vagy 200 méter [200 yard] úszást pihenő nélkül), VAGY erőnléti vagy egészségügyi okok miatt képtelen voltam az elmúlt 12 hónapban részt venni normális testmozgásban.	Igen ☐	Nem ☐
4	Problémáim voltak a szemeimmel, füleimmel vagy orrjárataimmal/ orrmelléküregeimmel.	Igen lépj tovább az „C” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
5	Az elmúlt 12 hónapban műtétet volt, VAGY folyamatos problémám van múltbeli műtéttel kapcsolatban.	Igen ☐	Nem ☐
6	Eszméletvesztésem-, migrénes fejfájásaim/rohamaim-, sztrókom volt; jelentős fejsérülést szenvedtem, vagy tartós neurológiai sérüléstől / betegségtől szenvedtem.	Igen lépj tovább az „D” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
7	Jelenleg kezelés alatt állok (vagy az elmúlt öt évben kezelésre volt szükségem) pszichológiai problémák, személyiségzavar, pánikrohamok, drog- vagy alkoholfüggőség miatt; vagy diagnosztizáltak nálam tanulási nehézségeket diagnosztizáltak nálam.	Igen lépj tovább az „E” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
8	Hátproblémáim, sérvem, fekélyem volt; vagy cukorbetegségem van.	Igen lépj tovább az „F” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
9	Gyomor- vagy bélproblémáim voltak, beleértve közelmúltbeli hasmenést is.	Igen lépj tovább az „G” kérdéscsoporthoz	Nem ☐
10	Vényköteles gyógyszereket szedek (a fogamzásgátló vagy maláriaellenes gyógyszerek kivételével, amennyiben az utóbbi nem a mefloquine (Lariam).	Igen ☐	Nem ☐

A résztvevő aláírása

Ha ‘NEM’ volt a válasz a fenti 10 kérdésre, akkor orvosi vizsgálat nem szükséges. Kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el az alábbi résztvevői nyilatkozatot.

Résztevői nyilatkozat: Minden kérdésre őszintén válaszoltam, és elfogadom, hogy engem terhel a felelősség az esetlegesen pontatlanul megválaszolt kérdésekből vagy a meglévő, vagy korábbi egészségügyi körülmények közlésének elmulasztásából eredő valamennyi következményért.

A résztvevő aláírása (vagy kiskorú résztvevő esetén a szülő/gyám aláírása szükséges).

Dátum: (éééé/hh/nn)

Résztevő neve (nyomtatott betűkkel)

Születési idő (éééé/hh/nn)

Oktató neve (nyomtatott betűkkel)

Létesítmény neve: (nyomtatott betűkkel)

*** Ha válaszod IGEN volt a fenti 3., 5. vagy 10. kérdésre VAGY a 2. oldalon található bármelyik kérdésre, kérjük, hogy olvasd végig és dátumozott aláírásoddal fogadd el a fenti résztvevői nyilatkozatot,**

Résztevő neve	Születési idő
(nyomtatott betűkkel)	(éééé/hh/nn)

Búvárorvos | Résztevői kérdőív folytatása

„A” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Mellkasi műtetem, szívműtetem, szívbillentyű műtetem, stent behelyezésem vagy légmellem (atelektázia).	Igen *	Nem
Fizikai aktivitásomat, testmozgásomat korlátozó asztmám, nehéz lélegzésem, súlyos allergiám, szénanáthám vagy elzáródott légutam az elmúlt 12 hónapban.	Igen *	Nem
A szívemet érintő problémám vagy betegsége, például: angina, mellkasi fájdalom terheléskor, szívelégtelenség, merülés okozta tüdő ödéma, szívroham vagy sztrók; VAGY gyógyszert szedek bármilyen szívbetegségre.	Igen *	Nem
Az elmúlt 12 hónapban visszatérő hörghurutom volt és jelenleg is köhögök, VAGY emfizémát diagnosztizáltak nálam.	Igen *	Nem
COVID-19-t diagnosztizáltak nálam.	Igen *	Nem
„B” KÉRDÉSCSOPORT – 45 ÉVESNÉL IDŐSEBB VAGYOK ÉS:		
Jelenleg dohányzom, vagy más módon nikotint lélegezem be.	Igen *	Nem
Magas a koleszterinszintem.	Igen *	Nem
Magas a vérnyomásom.	Igen *	Nem
Volt olyan közeli vérrokonom, aki 50 éves kora előtt hirtelen szívbetegségben vagy sztrókban halt meg, VAGY családomban 50 éves életkor előtt előfordult szívbetegség (beleértve rendellenes szívritmusokat, koszorúér-betegséget vagy kardiomiopátiát is).	Igen *	Nem
„C” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Melléküregi műtetem az elmúlt 6 hónapban.	Igen *	Nem
Fülbetegségem vagy fülműtetem, halláscsökkenésem vagy egyensúly problémáim.	Igen *	Nem
Visszatérő melléküregi gyulladásaim az elmúlt 12 hónapban.	Igen *	Nem
Szemműtetem az elmúlt 3 hónapban.	Igen *	Nem
„D” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Eszméletvesztésem fejsérülésem az elmúlt 5 évben.	Igen *	Nem
Tartós idegrendszeri sérülésem vagy betegsége.	Igen *	Nem
Ismétlődő migrén fejfájásaim az elmúlt 12 hónapban, vagy azok megelőzésére gyógyszereket szedtem/szedek.	Igen *	Nem
Rövid ájulásom vagy eszméletvesztésem (teljes/részleges eszméletvesztés) az elmúlt 5 évben.	Igen *	Nem
Epilepsziás rohamaim, görcseim, VAGY gyógyszereket szednek azok megelőzésére.	Igen *	Nem
„E” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Viselkedési-, mentális- vagy pszichológiai problémáim, amelyek orvosi/pszichiátriai kezelést igényelnek.	Igen *	Nem
Súlyos depresszióm, öngyilkossági gondolataim, pánikrohamaim, ellenőrizetlen bipoláris rendellenességem, amely gyógyszert/ pszichiátriai kezelést igényel.	Igen *	Nem
Diagnosztizált mentális egészségi állapotváltozásom vagy folyamatos gondozást igénylő tanulási/fejlődési rendellenességem.	Igen *	Nem
Kezelést igénylő kábítószer- vagy alkoholfüggőségem az elmúlt 5 évben.	Igen *	Nem

„F” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Olyan visszatérő hátproblémáim az elmúlt 6 hónapban, amelyek korlátozzák a mindennapi tevékenységeimet.	Igen *	Nem
Hát- vagy gerincműtetem az elmúlt 12 hónapban.	Igen *	Nem
Cukorbetegségem, akár gyógyszer-, akár étrend-kontrollált, VAGY az elmúlt 12 hónapban terhességi cukorbetegségem.	Igen *	Nem
Nem kezelt sérvem, amely korlátozza a fizikai képességeimet.	Igen *	Nem
Aktív vagy kezeletlen fekélyeim, problémás sebeim vagy fekélyműtétem az elmúlt 6 hónapban.	Igen *	Nem
„G” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:		
Sztóma-operáció, és nincs orvosi engedélyem úszásra vagy fizikai tevékenységet folytatására.	Igen *	Nem
Olyan dehidráció az elmúlt 7 napban, amely orvosi beavatkozást igényelt.	Igen *	Nem
Aktív vagy kezeletlen gyomor- vagy bélfekélyem, vagy fekélyműtetem az elmúlt 6 hónapban.	Igen *	Nem
Gyakori gyomorégésem, regurgitáció vagy gyomorral-, nyelőcsővel összefüggő reflux betegségem (GERD).	Igen *	Nem
Aktív vagy ellenőrizetlen fekélyes vastagbélgyulladásom vagy Crohn-betegségem.	Igen *	Nem
Bariatria műtetem (bypass, gyomorballon, gyomorgyűrű, gyomorszűkítés, stb.) az elmúlt 12 hónapban.	Igen *	Nem

© 2020

Búvárorvos | Orvos értékelőlapja

A résztvevő neve:

Születési ideje:

(nyomtatott betűkkel)

dátum (éééé/hh/nn)

A fent említett személy az ön véleményét kéri arról, hogy alkalmas-e egészségileg rekreációs búvárkodásban vagy a szabadtüdős oktatásban vagy tevékenységben való részvételhez.

Kérjük, hogy a búvárkodással összefüggő egészségügyi állapotokkal kapcsolatos útmutatásokért keresse fel az uhms.org honlapot. Az értékelés részeként tekintse át a páciensével kapcsolatos bekezdéseket.

Értékelési eredmény

- ☐ Jóváhagyom – nem találok olyan körülményeket, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárkodással vagy a szabadtüdős búvárkodással.
- ☐ Nem hagyom jóvá – olyan körülményeket találok, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárkodással vagy a szabadtüdős búvárkodással.

Orvos aláírása

dátuma (éééé/hh/nn)

Orvos neve:

Szakterülete:

(nyomtatott betűkkel)

Klinika/kórház:

Cím:

Telefon:

e-mail

Orvos/klinika bélyegzője (opcionális)

Létrehozva a [Diver Medical Screen Committee](#) által a következő testületekkel együttműködésben:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

1. sz. Melléklet

(ADATLAP LÉGZŐKÉSZÜLÉKES BÚVÁROK VIZSGÁLATÁHOZ)

Előző betegségek, jelenleg is kezelt idült betegségek.

Jelenlegi gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelés

**Nem helyettesíti az OSEI Szakmai útmutatójában előírt Sportorvosi
Vizsgálati Kérdőívet!**

A bűvár neve: _____

Születési dátuma: _____

Anyja neve: _____

Lakcíme: _____

Búvárszervezet és minősítés: _____

Életmód:

Kérem, válaszoljon a következő kérdésekre:

Dohányzik? _____ (igen / nem)

Ha igen: hány éve? _____

Naponta hány szál cigarettát szív? _____

Fogyaszt alkoholt? _____ (igen / nem) Ha igen: alkalmilag? _____ (igen /
nem) vagy rendszeresen: heti _____ alkalommal _____ dl sört / bort / rövid italt.

Sportol-e rendszeresen? _____ (igen / nem)

Ha igen, ilyen sportot, mozgásformát? _____

Milyen rendszerességgel? _____

Van-e érvényes gépjárművezetői jogosítványa? _____ (igen / nem)

Ha igen, milyen kategória(k)ban? _____

Betegségek / állapotok / tünetek:

Amennyiben Önnél előfordult, kérem karikázza be a sorszámot.

I. Szív- és érrendszer betegségei:

1. Szívizom elhalás (infarktus)
2. Koszorúér by-pass műtét
3. Koszorúér tágítás (szívkatéterezéskor)
4. Pacemaker beültetés
5. Kezelést igénylő szívritmuszavar
6. Billentyűhiba
7. Szív fejlődési rendellenesség (pl. nyitott Botallo vezeték, vagy ovális ablak...)
8. Angina pectoris, ischaemiás szívbetegség bármilyen formája
9. Szívelégtelenség bármelyik formája
10. Néhány másodpercig tartó eszméletvesztés (amit szívhiba okozott) (pl. Adams-Stockes sy.)
11. Szívizombetegség bármilyen formája (kivéve infarktus)
12. Magasvérnyomás
13. Aorta aneurizma
14. Szédülést, ájulást okozó érbetegség
15. Az agyi erek bármilyen betegsége
16. Rövid séta utáni sántítás (claudicatio intermittens)
17. Egyéb szív-, érrendszeri betegség

II. Tüdő és légzőszervek betegségei:

1. Asztma
2. Allergiás nátha
3. Idült hörghurut
4. Légmell (PTX)
5. Sarcoidosis
6. Tüdőtágulat
7. Tüdő TBC
8. Tüdődaganat
9. Bármilyen, üregképződéssel járó tüdőbetegség
10. A tüdő kötőszöveti betegsége
11. Cystás fibrozis a tüdőben
12. Hidegre, terhelésre jelentkező nehézlégzés
13. Vízbemerüléses tüdőödéma
14. Mellkasi műtét

III. **Az idegrendszer betegségei:**

1. Epilepszia
2. Idült fejfájás (pl. migrén)
3. Bármilyen görcsroham (láz által kiváltott is)
4. Sclerosis multiplex
5. Trigemínus neuralgia
6. Fejsérülés, ami (akár rövid ideig tartó) eszméletvesztéssel járt
7. Bármilyen eredetű eszméletvesztés
8. Szélütés (Stroke) bármilyen formája
9. Koponyaüregi daganat
10. Agyi körülírt értágulat (aneurizma)
11. Bármelyik agyideg betegsége
12. Agyi embólia
13. Gerincvelő működészavarral járó betegsége
14. Gerincvelő sérülés, műtét, ami maradandó károsodással járt
15. Végtagbénulás
16. Környéki idegek betegsége, sérülése

IV. **Fül-orr-gégebetegségek:**

1. Idült, visszatérő hallójárat gyulladás
2. Külső hallójárat jelentős szűkülete
3. Az Eustach-kürt működészavara
4. Dobhártya kilyukadása (perforáció)
5. Fülműtét
6. Mastoidectomy
7. Dobhártya plasztika
8. Halláskárosodás
9. Gyakori homloküreg-, arcüreg gyulladás
10. Az arcideg bénulása
11. Fül-, orr-, gége fejlődési rendellenességei
12. Fülműtétek
13. Barotrauma miatti arcidegbénulás
14. Egyensúlyozó szervi barotrauma
15. Nem korrigált felsőlégúti akadály

V. **Fogászati és szájsebészeti kórképek:**

1. Arcsontok törése
2. Be nem gyógyult szájsebészeti hegek
3. Fej és nyak műtétei
4. Az állkapocs ízület működési rendellenességei

VI. Gyomor-, bélrendszer betegségei:

1. Gyomorfekély
2. Gastro-oesophagealis reflux
3. Gyomor ürülési zavarai
4. Rekeszsérv
5. Gyomor csonkoló műtete
6. Felszívódási zavarok
7. Idült vékonybél szűkület
8. Crohn betegség
9. Colitis ulcerosa
10. Bélfistula
11. Nyelőcső diverticulum
12. Nyelőcső táguat
13. Hasi sérv
14. Bármilyen stoma
15. Visszatérő hasmenés
16. Gyomor-, bél műtét

VII. Anyagcsere és endokrin betegségek:

1. Elhízottság
2. Kóros soványság
3. Cukorbetegség
4. Addison-kór
5. Vércukorszint gyors csökkenésével járó betegség
6. Pajzsmirigybetegség
7. Agyalapi mirigy betegsége
8. Mellékvese betegsége

VIII. Vesebetegségek:

1. Vesefejlődési rendellenesség
2. Vese TBC
3. Vesedaganat
4. Veseelégtelenség
5. Egyéb ismert vesebetegség

IX. Szülészeti-nőgyógyászati állapotok és betegségek:

1. Jelenleg fennálló TERHESSÉG
2. Nőgyógyászati daganatos betegség
3. Polycystás petefészek

X. A vérképző szervek betegségei:

1. Vérszegénység
2. Polycytaemia
3. Leukémiák
4. Vérzékenység
5. Fokozott véralvadékonyság
6. Jelenleg is alkalmazott alvadásgátló kezelés

XI. Mozgásszervek betegségei:

1. Krónikus, visszatérő hátfájás, derékfájás
2. Ízületi merevség
3. Mellkasdeformitás
4. Gerincferdülés
5. Súlyos csonttritkulás
6. Nem fertőzőes csontelhalás
7. Amputáció
8. Gerincműtét

XII. Magatartászavarok és pszichiátriai betegségek:

1. Szorongás
2. Depresszió
3. Fóbiák
4. Pánikbetegség
5. Psychosisok (kezelt esetei is), psychotikus epizódok
6. Schizofrenia
7. Alkohol, gyógyszer, drog függőség

XIII. Előzőleg fel nem sorolt balesetek, sérülések, műtétek, kórházi kezelések:

1. Van-e a szervezetében implantátum?
2. Ha igen, hol, milyen?
3. Képes-e 12 perc alatt 1,6 km-t gyalogolni?

XIV. COVID-19-el kapcsolatos anamnesis:

Volt-e kimutatott új koronavírus fertőzése? _____ (igen / nem) Ha igen,
mikor, milyen teszt mutatta ki? _____

2 héten belül járt-e külföldön? _____ (igen / nem)

Ha igen, hol? _____

2 héten belül volt-e láza / hőemelkedése? _____ (igen / nem)

Volt-e negatív COVID-19 tesztje? _____ (igen / nem) Ha

IGEN, mikor? Milyen tesztel? _____

Egyéb idült, vagy jelenleg fennálló heveny betegségek:

Jelenleg szedett gyógyszerek, és étrendkiegészítők:

Kijelentem, hogy semmilyen betegséget, állapotomat, gyógyszereszedésemet nem titkoltam el és a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Hölgyek esetén

- várandós nem vagyok.
- tudomásul veszem, hogy várandósság ideje alatt tilos merülni,
- bűvartúra előtt 2 hétig és alatta hormon tartalmú fogamzásgátlót nem szedek.

Dátum:

.....

vizsgáló

.....

vizsgált személy