



Dichiarazione medica - Scheda dello studente (Informazioni confidenziali)



Per favore leggere attentamente prima di firmare.

Questa è una dichiarazione nella quale vieni informato di alcuni potenziali rischi connessi all'attività subacquea, e della condotta che si pretende da te durante il programma di addestramento subacqueo. È necessaria la tua firma su questa dichiarazione perché tu possa partecipare al programma di addestramento subacqueo offerto. Inoltre, se le tue condizioni mediche dovessero cambiare in qualsiasi momento durante i programmi di subacquea, devi immediatamente segnalarlo al tuo istruttore.

Per favore leggi con cura prima di firmare. Devi compilare questa Dichiarazione Medica, che comprende una sezione sui tuoi precedenti medici, per poterti iscrivere al programma di addestramento subacqueo. Se sei minorenne, devi far firmare questa dichiarazione ad un genitore o ad un tutore. La subacquea è un'attività eccitante ed impegnativa. Quando viene svolta correttamente, applicando le tecniche corrette, è molto sicura. Comunque, quando le norme di sicurezza previste non vengono seguite, i rischi aumentano.

Per immergersi in sicurezza, non devi essere eccessivamente in sovrappeso o fuori forma. L'immersione può essere faticosa in certe condizioni. Il tuo sistema circolatorio e respiratorio deve essere in buona salute. Tutte le cavità aeree del corpo devono essere normali ed in salute. Una persona con un problema cardiaco, un raffreddore o una congestione in corso, epilessia, asma, un grave problema medico o che sia sotto l'effetto di alcool o droghe non dovrebbe immergersi. Se hai l'asma, problemi cardiaci, altre malattie croniche o se stai prendendo medicinali in modo continuativo, consulta il tuo medico e l'istruttore prima di partecipare a questo programma e a intervalli regolari dopo il completamento. Avrai anche bisogno di imparare dall'istruttore le importanti regole di sicurezza riguardanti la respirazione e la compensazione durante le immersioni. Un uso improprio dell'attrezzatura subacquea può causare serie lesioni. Dovrai ricevere un approfondito addestramento sotto la supervisione di un istruttore qualificato per utilizzarla in modo sicuro.

Se avessi qualsiasi altra domanda su questa Dichiarazione medica o sulla sezione del Questionario medico, rivedile con il tuo istruttore prima di firmare.

Questionario medico per subacquei

Al partecipante:

Lo scopo di questo questionario medico è di scoprire se dovresti farti esaminare dal tuo dottore prima di partecipare ad un addestramento subacqueo ricreativo. Una risposta affermativa ad una delle domande non ti esclude automaticamente dalla subacquea. **Una risposta affermativa significa che c'è una preesistente condizione che potrebbe influire sulla tua sicurezza e che devi richiedere il parere del tuo medico prima di intraprendere qualsiasi attività subacquea.**

Per favore rispondi a queste domande sulla tua anamnesi medica passata o presente con un SÌ o un NO. Se non sei sicuro, rispondi SÌ. Se qualunque di queste voci è applicabile a te, dobbiamo chiederti di consultare un medico prima di partecipare all'attività subacquea. Il tuo istruttore ti fornirà una Dichiarazione medica RSTC e le Linee guida per una visita medica di controllo per subacquei da consegnare al tuo medico.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Potresti essere incinta o stai cercando di esserlo? | <input type="checkbox"/> un pneumotorace (polmone collassato)? | <input type="checkbox"/> interventi chirurgici alla schiena o alla colonna vertebrale? |
| <input type="checkbox"/> Prendi attualmente dei medicinali prescritti? (con l'eccezione dei contraccettivi o pillole antimalaria) | <input type="checkbox"/> altri disturbi toracici o interventi al torace? | <input type="checkbox"/> diabete? |
| <input type="checkbox"/> Hai superato i 45 anni di età e puoi rispondere SÌ a una o più delle affermazioni seguenti? | <input type="checkbox"/> problemi di salute, mentali o psicologici (attacchi di panico, paura degli spazi chiusi o aperti)? | <input type="checkbox"/> episodi di problemi a schiena, braccia, gambe in seguito a chirurgia, lesioni o fratture? |
| <input type="checkbox"/> fumi attualmente pipa, sigari o sigarette | <input type="checkbox"/> epilessia, attacchi epilettici, convulsioni o prendi medicinali per prevenirli? | <input type="checkbox"/> alta pressione o prendi medicinali per controllare la pressione? |
| <input type="checkbox"/> stai attualmente seguendo cure mediche | <input type="checkbox"/> frequenti emicranie complicate o prendi medicinali per prevenirle? | <input type="checkbox"/> malattie cardiache? |
| <input type="checkbox"/> hai un alto tasso di colesterolo | <input type="checkbox"/> episodi di mancamenti o svenimenti (totale/ parziale perdita di sensi)? | <input type="checkbox"/> attacco di cuore? |
| <input type="checkbox"/> hai la pressione alta | <input type="checkbox"/> soffri spesso o gravemente di malesseri da movimento (mal di mare, mal di macchina, ecc.)? | <input type="checkbox"/> angina pectoris / chirurgia cardiaca o vascolare? |
| <input type="checkbox"/> hai avuto casi di attacchi di cuore o ictus in famiglia | <input type="checkbox"/> dissenteria o disidratazione che richiedono cure mediche? | <input type="checkbox"/> interventi chirurgici ai seni paranasali? |
| <input type="checkbox"/> hai il diabete mellito, anche se controllato solamente da una dieta | <input type="checkbox"/> incidenti subacquei o patologia da decompressione? | <input type="checkbox"/> malattie o interventi all'orecchio, perdita d'udito o problemi d'equilibrio? |
| Hai mai avuto o hai attualmente... | <input type="checkbox"/> incapacità di eseguire sforzi moderati? (ad es.: camminare 1,6 chilometri/1 miglio in 12 minuti)? | <input type="checkbox"/> problemi ricorrenti dell'orecchio? |
| <input type="checkbox"/> asma, o respirazione rumorosa a riposo o dopo l'esercizio fisico? | <input type="checkbox"/> traumi cranici con perdita di conoscenza negli ultimi cinque anni? | <input type="checkbox"/> emorragie o altri disturbi circolatori? |
| <input type="checkbox"/> frequenti o gravi attacchi di febbre da fieno o allergia? | <input type="checkbox"/> episodi ricorrenti di problemi alla schiena? | <input type="checkbox"/> ernia? |
| <input type="checkbox"/> frequenti raffreddori, sinusiti o bronchiti? | | <input type="checkbox"/> ulcere o intervento chirurgico per ulcere? |
| <input type="checkbox"/> qualsiasi forma di malattia dei polmoni? | | <input type="checkbox"/> una colostomia o ileostomia? |
| | | <input type="checkbox"/> abuso di alcool o droghe negli ultimi cinque anni? |

Le informazioni che ho fornito sulla mia anamnesi sono accurate al massimo delle mie conoscenze. Affermo che è mia responsabilità informare il mio istruttore di ciascuno e di tutti i cambiamenti nella mia anamnesi in qualsiasi momento durante la mia partecipazione ai programmi di subacquea. Sono d'accordo ad accettare le responsabilità di qualsiasi omissione riguardante una qualsiasi condizione di salute presente o passata.

Firma del Partecipante

Data (Giorno/ Mese / Anno)

Firma del Genitore o del Tutore Garante (dove applicabile)

Data (Giorno/ Mese / Anno)

STUDENTE

Per favore scrivi in modo leggibile.

Cognome/Nome _____ Data di nascita _____
(giorno/mese/anno)

Indirizzo _____

Città/Provincia _____

Nazione _____ C.A.P. _____

Tel. abitazione () _____ Tel. ufficio () _____

E-mail _____ FAX _____

Nome e indirizzo del tuo medico di famiglia o personale

Nome _____ Clinica/ospedale _____

Indirizzo _____

Data dell'ultimo esame medico _____

Nome dell'esaminatore _____ Clinica/ospedale _____

Indirizzo _____

Telefono () _____ E-mail _____

Ti è mai stato richiesto un esame per la subacquea? Sì No Se sì, quando? _____

MEDICO

Questa persona intende partecipare ad un corso o ha un brevetto di immersione con ARA (autorespiratore ad aria) pertanto chiede l'opinione del Medico sulla sua idoneità fisica a partecipare ad attività subacquee.

Impressioni del medico

Non ritrovo alcuna condizione che considero incompatibile con la subacquea.

Non sono in grado di raccomandare questo individuo per l'attività subacquea.

Osservazioni

Firma del medico _____ Data _____
(giorno/mese/anno)

Nome _____ Clinica/ospedale _____

Indirizzo _____

Telefono () _____ E-mail _____