PADI Freediver

Formulario di anamnesi medica

Per favore leggere attentamente prima di firmare.

Nome del partecipante_____ Data _____ (GG/MM/AAAA)

Data di nascita _____ (GG/MM/AAAA) Genere M ☐ F ☐

L'immersione in apnea (Freediving) è una attività impegnativa, può alle volte essere molto faticosa e Lei dovrà essere in buona salute per praticarla. Nel caso avesse domande in merito al Suo stato di salute e alla Sua possibile partecipazione ad un qualsiasi programma di addestramento all'apnea, La preghiamo di consultare il suo medico.

Lo scopo di questa anamnesi medica è di determinare se Lei abbia o meno il bisogno di consultare un medico prima di partecipare in attività di immersione in apnea. Una risposta positiva a una delle seguenti domande non Le impedirà la partecipazione a immersioni in apnea ma semplicemente indica la presenza di una condizione preesistente che potrebbe incidere la Sua sicurezza durante l'immersione in apnea e che quindi Lei deve ottenere il parere di un medico.

Per favore risponda alle domande di seguito sulla Sua anamnesi medica con un **SI** o un **NO**. In caso di dubbio le preghiamo di rispondere **SI**. Se qualunque di queste voci Le è applicabile, Le chiediamo gentilmente di consultare un medico prima di intraprendere qualsiasi attività di immersione in apnea.

____ Ha o ha mai avuto in passato epilessia, ictus, interventi chirurgici al cervello, svenimenti, frequenti emicranie debilitanti, vertigini o stati confusionali, interventi chirurgici di rilievo al capo o aneurisma celebrale?

____ Ha o ha mai avuto attacchi di cuore, interventi chirurgici al cuore, battito cardiaco irregolare, ipertensione, soffio al cuore, forame ovale previo, edema polmonare associato al nuoto o a immersioni, affanno insolito o dolore al torace durante esercizio fisico?

____ Ha o ha mai avuto pneumotorace spontaneo, pneumotorace dovuto a ferite, cisti o sacche d'aria nei polmoni, danni estesi al tessuto polmonare, enfisema o qualsiasi altro problema che possa interferire con la Sua abilità respiratoria?

____ Ha perforazioni permanenti dei timpani o hai mai avuto perforazioni dei timpani, tubicini permanenti di drenaggio (miringotomia), perdita parziale o totale dell'udito a uno o entrambe le orecchie, ricorrente dolore alle orecchie durante la fase di atterraggio di areoplani, otite media, infezione dell'orecchio medio, gravi esostosi del condotto uditivo (orecchio del surfista) o interventi chirurgici alle orecchie di particolare importanza?

____ Ha o ha mai avuto tumori, polipi o cisti delle cavità nasali e paranasali, interventi chirurgici a dette cavità di particolare rilievo, o persistenti infezioni dei seni nasali e paranasali?

____ Ha o ha mai avuto asma o attacchi d'asma? Dispnea (fame d'aria) causata da attività fisica, ansia, raffreddore, sforzo, ecc. Qualsiasi condizione medica richiedente medicinali e/o inalatori per controllare la Dispnea?

____ Ha il diabete mellito?

____ Potrebbe essere incinta o pianificare di esserlo?

____ Ha o ha mai avuto incidenti subacquei o patologia da decompressione, barotrauma delle orecchie o ricorrente difficoltà a compensare le orecchie durante una immersione, embolia gassosa?

____ Prende regolarmente medicinali con e senza obbligo di prescrizione medica (ad eccezione di medicinali contraccettivi e anti-malaria)?

____ Ha o ha mai avuto condizioni fisiche o emotive non sopramenzionate che potrebbero creare preoccupazioni durante le Sue immersioni o che potrebbero alterare il Suo giudizio durante una particolare sollecitazione fisica e emotiva?

Le informazioni che ho fornito sulla mia anamnesi medica sono accurate al massimo delle mie conoscenze. Sono d'accordo a accettare le responsabilità di qualsiasi omissione riguardante una qualsiasi condizione di salute presente o passata.

Firma del partecipante_____

Data_____ (GG/MM/AAAA)

Firma del genitore o tutore _____
(ove applicabile)

Data _____ (GG/MM/AAAA)

AD USO DEL MEDICO

Il Suo parere sullo stato di salute del richiedente è richiesto per la iscrizione ad un programma di immersione in apnea.

☐ Non trovo condizioni mediche che possano sconsigliare l'attività di immersione in apnea.

☐ Non sono in grado di raccomandare al richiedente l'attività di immersione in apnea.

Medico_____

Firma del medico_____

Data_____ (GG/MM/AAAA)

Telefono _____

timbro

Studio/Ospedale_____

© PADI 2016