

Diver Medical | Katılımcı Anketi

Eğlence amaçlı tüplü ve serbest dalış aktiviteleri için fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olmak gerekir. Aşağıda dalış sırasında tehlikeli olabilecek sağlıkla ilgili birkaç durum yer almaktadır. Bu durumlardan herhangi birine sahip olan veya yatkın olanlar bir hekim tarafından değerlendirilmelidir. Bu Dalıcı Sağlığı Anketi Formu, dalıcılar için söz konusu tıbbi değerlendirmenin gerekip gerekmediğini belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Eğer bu formda belirtilmeyen ve dalışla ilgili kafanızda soru işareti bırakan herhangi bir sağlık sorununuz var ise dalıştan önce doktorunuza danışınız. Kendinizi iyi hissetmediğiniz anlarda dalış yapmayınız. Eğer bulaşıcı bir hastalığınız olabileceğini düşünüyorsanız dalış eğitimine ve/veya dalış faaliyetlerine katılmayarak kendinizi ve çevrenizdekileri koruyunuz. Bu formda bahsedilen "dalış" ifadesi, rekreasyonel amaçlı yapılan hem tüplü dalışı, hem de serbest dalışı kapsamaktadır. Bu form özünde dalışa yeni başlayanların ilk tıbbi değerlendirmesi için hazırlansa da, dalış kariyerini ilerletmek için eğitim alacaklar için de uygundur. Anket formu yeni dalıcılar için ilk tıbbi değerlendirmeye yönelik olmakla birlikte, ileri eğitim alan dalgıçlar için de uygundur. Kendinizin ve sizinle dalış yapan diğer kişilerin güvenliği için soruların tümüne doğru cevap veriniz.

Açıklamalar

Bu anket formunu rekreasyonel tüplü dalış veya serbest dalış kursuna katılacaklar için doldurunuz.

Kadınlara not: Hamileyseniz veya hamilelik planlıyor iseniz *dalış yapmayın*.

1	Akciğerler/solunum, kalp, kan ile ilgili problemler yaşadım, ya da tarafıma COVID-19 tanısı koyuldu.	Evet <input type="checkbox"/> Bölüm A'ya git	Hayır <input type="checkbox"/>
2	Yaşım 45'in üzerindedir.	Evet <input type="checkbox"/> Bölüm B'ye git	Hayır <input type="checkbox"/>
3	Hafif egzersizler yapmakta zorlanıyorum (örneğin, 14 dakikada 1,6 km yürümek ya da dinlenmeden 200 metre yüzmek gibi) VEYA son 12 ay içinde kondisyon ya da sağlık sorunları nedeniyle normal bir fiziksel aktiviteye katılmadığım olmuştur.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
4	Gözlerim, kulaklarım veya burnum/sinüslerim ile ilgili sorunlar yaşadım/yaşıyorum.	Evet <input type="checkbox"/> Bölüm C'ye git	Hayır <input type="checkbox"/>
5	Son 12 ay içinde ameliyat oldum VEYA geçirmiş olduğum ameliyatla ilgili devam eden sorunlarım var.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
6	Bilincimi kaybetmiş olmaktan, migrene bağlı baş ağrılarından, nöbetlerden, inmeden, önemli kafa travması veya kalıcı nörolojik hasar ya da hastalıktan muzdarip olmuşluğum mevcuttur.	Evet <input type="checkbox"/> Bölüm D'ye git	Hayır <input type="checkbox"/>
7	Şu anda (ya da son beş yıl içerisinde) psikolojik sorunlar, kişilik bozukluğu, panik ataklar veya uyuşturucu ya da alkol bağımlılığı nedeniyle tedavi görüyorum/gördüm, ya da öğrenme güçlüğü veya gelişme geriliği tanısı aldım.	Evet <input type="checkbox"/> Bölüm E'ye git	Hayır <input type="checkbox"/>
8	Bel ağrısı sorunları, fitik, ülser veya şeker hastalığım mevcuttur.	Evet <input type="checkbox"/> Bölüm F'ye git	Hayır <input type="checkbox"/>
9	Yakın zamanda ishal dahil olmak üzere mide veya bağırsak problemleri yaşadım.	Evet <input type="checkbox"/> Bölüm G'ye git	Hayır <input type="checkbox"/>
10	Reçete edilmiş (doğum kontrolü veya meflokin (Lariam) dışındaki anti-sıtma ilaçları hariç) ilaçlar kullanıyorum.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>

Katılımcı İmzası

Yukarıdaki 10 soruya HAYIR yanıtı verdiyseniz, sizin için tıbbi değerlendirmeye gerek yoktur. Lütfen aşağıdaki beyanı okuyup, kabul ettiğinizi tarih ve imza atarak belirtin.

Katılımcı beyanı: Tüm soruları doğru olarak yanıtladım ve yanlış cevaplamış olabileceğim herhangi bir sorudan, ya da mevcut veya geçmiş sağlık durumum ile ilgili beyan etmediğim bir durumdan kaynaklanan sonuçların sorumluluğunu kabul ediyorum.

Katılımcı İmzası (reşit değilse, katılımcının ebeveyn/veli imzası gereklidir)

Tarih (gg/aa/yyyy)

Katılımcı Adı (Büyük harflerle)

Doğum Tarihi (gg/aa/yyyy)

Eğitmen Adı (Büyük harflerle)

Tesis Adı (Büyük harflerle)

* Eğer 3, 5 ya da 10 numaralı sorulara **VEYA** 2. sayfadaki sorulardan herhangi birine **EVET yanıtı verdiyseniz**, lütfen tarih ve imza atarak yukarıdaki beyanı kabul edin **VE bu formun 3 sayfasını da alarak (Katılımcı Anketi ve Hekim Değerlendirme Formu) tıbbi değerlendirme için doktorunuza danışın**. Bir dalış kursuna katılmak için doktorunuzun onayı gereklidir.

Diver Medical | Katılımcı Anketi Devamı

BÖLÜM A – AŞAĞIDAKI HASTALIK, AMELİYAT VEYA ŞİKÂyetLERİM OLDU/OLMUŞTU:		
Göğüs cerrahisi, kalp cerrahisi, kalp kapak cerrahisi, herhangi bir tıbbi implantasyon uygulaması (Ör: stent, kalp pili, nörositümilatör uygulaması) veya pnömotoraks (akciğer sönməsi).	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 12 ay içinde fiziksel aktivitemi/egzersizlerimi sınırlandıran astım, hırıltılı solunum, şiddetli alerji, saman nezlesi veya hava yollarımda tıkanıklık.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Kalbimi ilgilendiren angina, eforda göğüs ağrısı, kalp yetmezliği, dalışa bağlı akciğer ödemi, kalp krizi veya inme VEYA herhangi bir kalp rahatsızlığı için ilaç kullanımı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 12 ayda tekrarlayan bronşit ve hâlihazırda öksürük VEYA amfizem tanısı alma.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
COVID-19 tanısı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
BÖLÜM B – 45 YAŞIN ÜZERİNDEYİM VE:		
Hâlihazırda sigara kullanıyorum veya başka yollarla nikotin soluyorum.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Kolesterol seviyem yüksek.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Yüksek tansiyonum var.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Kan bağımlı olan yakın akrabalarımda 50 sından önce aniden ölen, kalp hastalığı ya da inme geçirenler mevcut VEYA ailede 50 yaşından önce kalp hastalığı (anormal kalp ritmi, koroner arter hastalığı ya da kalp kasi hastalığı) hikâyesi mevcut.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
BÖLÜM C – AŞAĞIDAKI HASTALIK, AMELİYAT VEYA ŞİKÂyetLERİM OLDU/OLMUŞTU:		
Son 6 ay içinde sinüs ameliyatı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Kulak hastalığı veya kulak ameliyatı, işitme kaybı veya denge sorunları.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 12 ay içinde tekrarlayan sinüzit.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 3 ay içinde göz ameliyatı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
BÖLÜM D – AŞAĞIDAKI HASTALIK VEYA ŞİKÂyetLERİM OLDU/OLMUŞTU:		
Son 5 yıl içinde bilinç kaybına yol açan kafa travması.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Kalıcı nörolojik hasar veya hastalık.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 12 ay içinde tekrarlayan migren atakları veya bunları önlemek için ilaç kullanımı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 5 yıl içinde bayılmalar veya kendinden geçme (tam/kısmi bilinç kaybı).	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Epilepsi, nöbet ya da kasılmalar, VEYA bunları önlemek için ilaç kullanımı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
BÖLÜM E – AŞAĞIDAKI HASTALIK VEYA ŞİKAYETLERİM OLDU/OLMUŞTU:		
İlaç/psikiyatrik tedavi gerektiren davranışsal, zihinsel veya psikolojik sorunlar.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
İlaç/psikiyatrik tedavi gerektiren ciddi depresyon, intihara meyil, panik ataklar, kontrolsüz bipolar bozukluk.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Ruh sağlığı ile ilgili bir tanı alma veya sürekli bakım ve özel barınma gerektiren bir öğrenme/gelişime bozukluğu.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 5 yıl içinde tedavi gerektiren uyuşturucu veya alkol bağımlılığı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
BÖLÜM F – AŞAĞIDAKI HASTALIK, AMELİYAT VEYA ŞİKAYETLERİM OLDU/OLMUŞTU:		
Son 6 ayda gündelik aktivitemi kısıtlayan tekrarlayıcı bel ağrısı sorunları.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 12 ay içinde bel veya omurga ameliyatı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Diyabet, ilaç veya diyet kontrollü, VEYA son 12 ay içinde gestasyonel diyabet.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Fiziksel yeteneklerimi sınırlayan tedavi edilmemiş fitik.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 6 ay içinde aktif veya tedavi edilmemiş ülser, sorunlu yaralar veya ülser ameliyatı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
BÖLÜM G – AŞAĞIDAKI HASTALIK, AMELİYAT VEYA ŞİKAYETLERİM OLDU/OLMUŞTU:		
Ostomi ameliyatı nedeniyle yüzme veya fiziksel aktivite yapmaya izin verilmemesi.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 7 gün içinde tıbbi müdahale gerektiren dehidrasyon.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 6 ay içinde aktif veya tedavi edilmemiş mide veya bağırsak ülseri, veya ülser ameliyatı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Sık sık midede yanma, regürjitasyon veya gastroözofageal reflü hastalığı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Aktif veya kontrol altına alınmamış ülseratif kolit veya Crohn hastalığı.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>
Son 12 ay içinde obezite cerrahisi.	Evet <input type="checkbox"/> *	Hayır <input type="checkbox"/>

Diver Medical | Muayene Eden Hekimin Değerlendirme Formu

Katılımcı Adı

Doğum Tarihi

(Büyük harflerle)

Tarih (gg/aa/yyyy)

Yukarıda adı geçen kişi, rekreasyonel amaçlı tüplü dalış veya serbest dalış eğitimine ya da aktivitesine katılmak için tıbbi uygunluğu hakkında görüşünüzü talep etmektedir. Dalışla ilgili tıbbi durumlarla alakalı tıbbi rehberlik için lütfen uhms.org adresini ziyaret ediniz. Hastanızla ilgili bu formdaki bölümleri değerlendirmenizin bir parçası olarak gözden geçiriniz.

Değerlendirme Sonucu

- Onaylandı - Rekreasyonel tüplü veya serbest dalış yapmasına engel teşkil edeceğini düşündüğüm herhangi bir durum tespit edilmemiştir.
- Onaylanmadı - Rekreasyonel tüplü veya serbest dalış yapmasına engel teşkil edeceğini düşündüğüm durumlar tespit edilmiştir.

Hekim İmzası

Tarih (gg/aa/yyyy)

Muayene Eden Hekimin Adı

(Büyük harflerle)

Hekimin branşı

Klinik/Hastane

Adres

Telefon

Email

Hekim/Klinik Kaşesi (opsiyonel)

[Diver Medical Screen Committee](#) itarafından aşağıdaki organlarla birlikte oluşturulmuştur:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego