

## Búvárorvos | Résztevői kérdőív

A rekreációs búvárkodás és a szabadtüdős búvárkodás jó fizikai és mentális egészséget igényel. Az alábbiakban felsorolunk néhány egészségi állapotot, amelyek veszélyesek lehetnek búvárkodás 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 búvárkodással kapcsolatos olyan fizikai- vagy egészségi erőnlétteddel kapcsolatban, amely nem szerepel ebben a felsorolásban, merülés előtt konzultálj orvosoddal. Ha betegnek érzed magad, akkor kerüld a búvárkodást. Ha úgy gondolod, hogy fertőző betegséged lehet, akkor vedd magadat és másokat azzal, hogy nem veszel részt merülési tréningeken és/vagy merülési tevékenységekben. A „búvárkodásra” való hivatkozás ebben a nyomtatványban magában foglalja a rekreációs búvárkodást és a szabadtüdős 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 búvárkodás vagy szabadtüdős 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 <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „A” kérdéscsoporthoz</small>	Nem <input type="checkbox"/>
2	45 évesnél idősebb vagyok.	Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „B” kérdéscsoporthoz</small>	Nem <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
4	Problémáim voltak a szemeimmel, füleimmel vagy orrjárataimmal/ orrmelléküregeimmel.	Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „C” kérdéscsoporthoz</small>	Nem <input type="checkbox"/>
5	Az elmúlt 12 hónapban műtétem volt, VAGY folyamatos problémám van múltbeli műtéttel kapcsolatban.	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
6	Eszméletvesztésem-, migrénes fejfájásaim/rohamaim-, sztrókom volt; jelentős fejsérülést szenvedtem, vagy tartós neurológiai sérüléstől / betegségtől szenvedtem.	Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „D” kérdéscsoporthoz</small>	Nem <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „E” kérdéscsoporthoz</small>	Nem <input type="checkbox"/>
8	Hátproblémáim, sérvem, fekélyem volt; vagy cukorbetegségem van.	Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „F” kérdéscsoporthoz</small>	Nem <input type="checkbox"/>
9	Gyomor- vagy bélproblémáim voltak, beleértve közelmúltbeli hasmenést is.	Igen <input type="checkbox"/> <small>lépj tovább az „G” kérdéscsoporthoz</small>	Nem <input type="checkbox"/>
10	Vényköteles gyógyszereket szedsz (a fogamzásgátló vagy maláriaellenes gyógyszerek kivételével, amennyiben az utóbbi nem a mefloquine (Lariam).	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>

### 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 (nyomatott betűkkel)

\_\_\_\_\_

Születési idő (éééé/hh/nn)

\_\_\_\_\_

Oktató neve (nyomatott betűkkel)

\_\_\_\_\_

Létesítmény neve: (nyomatott 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, **ÉS ennek a nyomtatványnak mindhárom oldalát (Résztevői Kérdőív és Orvos Értékelő Lapja) vidd magaddal orvosodhoz** orvosi értékelés céljából. A búvárkurzuson való részvételhez az orvos jóváhagyása szükséges.

## Búvárorvos | Résztevői kérdőív folytatása

<b>„A” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:</b>		
Mellkasi műtetem, szívűtetem, szívbillentyű műtetem, stent behelyezésem vagy légmellmem (atelektázia).	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Fizikai aktivitásomat, testmozgásomat korlátozó asztmám, nehéz lélegzésem, súlyos allergiám, szénanáthám vagy elzáródott légutam az elmúlt 12 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Az elmúlt 12 hónapban visszatérő hörghurutom volt és jelenleg is köhögök, VAGY emfizémát diagnosztizáltak nálam.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
COVID-19-t diagnosztizáltak nálam.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
<b>„B” KÉRDÉSCSOPORT – 45 ÉVESNÉL IDŐSEBB VAGYOK ÉS:</b>		
Jelenleg dohányzom, vagy más módon nikotint lélegezem be.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Magas a koleszterinszintem.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Magas a vérnyomásom.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
<b>„C” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:</b>		
Melléküregi műtetem az elmúlt 6 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Fülbetegségem vagy fülűtetem, halláscsökkenésem vagy egyensúly problémáim.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Visszatérő melléküregi gyulladáisaim az elmúlt 12 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Szeműtetem az elmúlt 3 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
<b>„D” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:</b>		
Eszméletvesztéses fejsérülésem az elmúlt 5 évben.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Tartós idegrendszeri sérülésem vagy betegsége.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Isméllődő migrén fejfájásaim az elmúlt 12 hónapban, vagy azok megelőzésére gyógyszereket szedtem/szedek.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Rövid ájulásom vagy eszméletvesztésem (teljes/részleges eszméletvesztés) az elmúlt 5 évben.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Epilepsziás rohamaim, görcseim, VAGY gyógyszereket szednek azok megelőzésére.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
<b>„E” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:</b>		
Viselkedési-, mentális- vagy pszichológiai problémáim, amelyek orvosi/pszichiátriai kezelést igényelnek.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Súlyos depresszióm, öngyilkossági gondolataim, pánikrohamaim, ellenőrizetlen bipoláris rendellenességem, amely gyógyszert/ pszichiátriai kezelést igényel.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Diagnosztizált mentális egészségi állapotváltozásom vagy folyamatos gondozást igénylő tanulási/fejldési rendellenességem.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Kezelést igénylő kábítószer- vagy alkoholfüggőségem az elmúlt 5 évben.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
<b>„F” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:</b>		
Olyan visszatérő hátproblémáim az elmúlt 6 hónapban, amelyek korlátozzák a mindennapi tevékenységeimet.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Hát- vagy gerincűtetem az elmúlt 12 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Cukorbetegségem, akár gyógyszer-, akár étrend-kontrollált, VAGY az elmúlt 12 hónapban terhességi cukorbetegségem.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Nem kezelt sérvem, amely korlátozza a fizikai képességeimet.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Aktív vagy kezeletlen fekélyeim, problémás sebeim vagy fekélyűteteim az elmúlt 6 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
<b>„G” KÉRDÉSCSOPORT – VAN/MÁR VOLT:</b>		
Sztóma-operációm, és nincs orvosi engedélyem úszásra vagy fizikai tevékenységet folytatására.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Olyan dehidrációm az elmúlt 7 napban, amely orvosi beavatkozást igényelt.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Aktív vagy kezeletlen gyomor- vagy bélfekélyem, vagy fekélyűtetem az elmúlt 6 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Gyakori gyomorrégésem, regurgitációm vagy gyomorral-, nyelőcsővel összefüggő reflux betegsége (GERD).	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Aktív vagy ellenőrizetlen fekélyes vastagbélgyulladásom vagy Crohn-betegségem.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>
Bariatéria műtetem (bypass, gyomorballon, gyomorgyűrű, gyomorszűkítés, stb.) az elmúlt 12 hónapban.	Igen <input type="checkbox"/> *	Nem <input type="checkbox"/>

# 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 szabadtüdősnézetben való részvételhez.

Kérjük, hogy a búvárkodással összefüggő egészségügyi állapotokkal kapcsolatos útmutatásokért keresse fel az [uhms.org](http://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 szabadtüdősnézetben való részvételhez.
- Nem hagyom jóvá – olyan körülményeket találok, amelyeket összeegyeztethetetlennek tartok a rekreációs búvárkodással vagy a szabadtüdősnézetben való részvételhez.

Orvos aláírása

dátuma (éééé/hh/nn)

Orvos neve:

Szakterülete:

(nyomtatott betűkkel)

Klinika/kór ház:

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**