



Hälsodeklaration för dykare | Frågeformulär för deltagare

Sportdykning och fridykning kräver god fysisk och psykisk hälsa. Nedanför finns några medicinska tillstånd som kan vara farliga vid dykning listad. De som har, eller är mottaglig för, något av dessa tillstånd bör utvärderas av en läkare. Denna Hälsodeklaration för Dykare ger en grund för att avgöra om du bör söka en sådan undersökning. Om du har några frågor om din lämplighet för dykning som inte efterfrågas i detta dokument ska du rådfråga din läkare innan du dyker. Om du känner dig sjuk undvik dykning. Om du tror att du kan ha en smittsam sjukdom ska du skydda dig själv och andra genom att inte delta i dykutbildning och/eller dykaktiviteter. Hänvisningar till "dykning" i detta formulär omfattar både sportdykning och fridykning. Detta dokument är främst avsett som en första medicinsk undersökning för nya dykare, men är också lämpligt för dykare som genomgår vidareutbildning. Svara ärligt på alla frågor för din egen säkerhet och för säkerheten för andra som dyker med dig.

Anvisningar

Fyll i denna hälsodeklaration som en förberedelse till en kurs i sportdykning eller fridykning.

Information till kvinnor: Dyk inte om du är gravid eller försöker bli gravid.

1	Jag har haft problem med mina lungor, andning, hjärta och/eller blod som har påverkat min fysisk eller mentala kapacitet.	☐ Ja Gå till Avsnitt A	☐ Nej
2	Jag är äldre än 45 år.	☐ Ja Gå till Avsnitt B	☐ Nej
3	Jag har svårt att utföra måttlig motion (t.ex. gå 1,6 kilometer på 14 minuter eller simma 200 meter utan att vila), ELLER jag har inte kunnat delta i en normal fysisk aktivitet på grund av konditions- eller hälsoskäl under de senaste 12 månaderna.	☐ Ja *	☐ Nej
4	Jag har haft problem med mina ögon, öron eller näsgångar/bihålor	☐ Ja Gå till Avsnitt C	☐ Nej
5	Jag har opererats de senaste 12 månaderna, ELLER jag har kvarstående problem relaterade till en tidigare operation.	☐ Ja *	☐ Nej
6	Jag har tappat medvetandet, haft migrän, anfall, stroke, allvarlig huvudskada, eller lider av bestående neurologisk skada eller sjukdom.	☐ Ja Gå till Avsnitt D	☐ Nej
7	Jag genomgår för närvarande behandling (eller har behövt behandling under de senaste fem åren) för psykologiska problem, personlighetsstörning, panikattacker eller ett beroende av droger eller alkohol; eller, jag har diagnostiserats med en inlärnings- eller utvecklingsstörning.	☐ Ja Gå till Avsnitt E	☐ Nej
8	Jag har haft ryggsjukdom, bråck, magsår eller diabetes	☐ Ja Gå till Avsnitt F	☐ Nej
9	Jag har haft problem med mage eller tarmar, inklusive diarré nyligen.	☐ Ja Gå till Avsnitt G	☐ Nej
10	Jag tar receptbelagda läkemedel (med undantag för preventivmedel eller andra malariamediciner än meflokin (Lariam)).	☐ Ja *	☐ Nej

Deltagarens Signatur

Om du svarat NEJ på alla 10 frågorna ovan krävs ingen läkarundersökning. Vänligen läs och godkänn deltagarförsäkringen nedan genom att underteckna och datera den.

Deltagarförsäkringen: Jag har besvarat alla frågor ärligt, och tar ansvar för eventuella konsekvenser till följd av frågor jag kan ha besvarat felaktigt eller för att jag undanhållit några befintliga eller tidigare hälsotillstånd.

Deltagarens Underskrift (eller, om deltagaren är minderårig, krävs förälderns/vårdnadshavarens underskrift)

Datum (DD/MM/ÅÅ)

Deltagarens Namn (Textat)

Födelsedatum (DD/MM/ÅÅ)

Instruktörens namn (Textat)

Dykcentrets Namn (Textat)

* Om du svarade JA på frågorna 3, 5 eller 10 ovan ELLER på någon av frågorna på sidan 2, läs och godkänn uttalandet ovan genom att underteckna och datera det OCH ta med alla tre sidorna i detta Dokument (Hälsodeklaration och Läkarutlåtande) till din läkare för en medicinsk undersökning. För deltagande i en dykkurs krävs ett godkänt läkarintyg.

Versionsdatum: 2022-02-01 1 av 3 © 2020

Hälsodeklaration för dykare | Frågeformulär för Deltagare Fortsättning

AVSNITT A - JAG HAR/HAR HAFT:

Bröstkirurgi, hjärtkirurgi, hjärtklaffskirurgi, en implanterbar medicinsk anordning (t.ex. stent, pacemaker, neurostimulator), pneumothorax och/eller kronisk lungsjukdom.	☐ Ja *	☐ Nej
Astma, väsande andning, svåra allergier, hörsnuva eller täppta luftvägar under de senaste 12 månaderna som begränsar min fysiska aktivitet/träning.	☐ Ja *	☐ Nej
Ett problem eller en sjukdom som rör mitt hjärta, t.ex. kärlkramp, bröstsmärta vid ansträngning, hjärtsvikt, sinningsorsakat lungödem (SIPE), hjärtinfarkt eller stroke, ELLER tar medicin för något hjärtproblem	☐ Ja *	☐ Nej
Återkommande bronkit samt hosta de senaste 12 månaderna, ELLER diagnostiserats med emfysem.	☐ Ja *	☐ Nej
Symptom som påverkar mina lungor, andning, hjärta och/eller blod de senaste 30 dagarna som begränsar min fysiska och mentala prestationsförmåga.	☐ Ja *	☐ Nej

AVSNITT B - JAG ÄR ÖVER 45 ÅR OCH:

Jag röker för närvarande eller inhaleder nikotin på annat sätt.	☐ Ja *	☐ Nej
Jag har ett högt kolesterolvärde.	☐ Ja *	☐ Nej
Jag har högt blodtryck.	☐ Ja *	☐ Nej
Jag har haft en nära släkting som dött plötsligt eller av hjärtsjukdom eller stroke före 50 års ålder, ELLER har en familjehistoria av hjärtsjukdom före 50 års ålder (inklusive onormal hjärtrytm, kranskärlssjukdom eller kardiomyopati).	☐ Ja *	☐ Nej

AVSNITT C - JAG HAR/HAR HAFT:

Bihålsoperation under de senaste 6 månaderna.	☐ Ja *	☐ Nej
Öronsjukdom eller öronoperation, hörselnedsättning, eller balansproblem.	☐ Ja *	☐ Nej
Återkommande bihåleinflammation under de senaste 12 månaderna.	☐ Ja *	☐ Nej
Ögonoperation de senaste 3 månaderna.	☐ Ja *	☐ Nej

AVSNITT D - JAG HAR/HAR HAFT:

Huvudskada som orsakat medvetslöshet de senaste 5 åren.	☐ Ja *	☐ Nej
Bestående neurologisk skada eller sjukdom.	☐ Ja *	☐ Nej
Återkommande migrän de senaste 12 månaderna, eller tar läkemedel i förebyggande syfte.	☐ Ja *	☐ Nej
Blackouter eller svimning (fullständig/partiell medvetslöshet) under de senaste 5 åren.	☐ Ja *	☐ Nej
Epilepsi, krampor, eller spasmer, ELLER tar läkemedel i förebyggande syfte.	☐ Ja *	☐ Nej

AVSNITT E - JAG HAR/HAR HAFT:

Beteendemässiga, mentala eller psykologiska problem som kräver medicinsk/psykiatrisk behandling.	☐ Ja *	☐ Nej
Svår depression, självmordstankar, panikattacker, okontrollerad bipolär sjukdom som kräver medicinering/psykiatrisk behandling.	☐ Ja *	☐ Nej
Har diagnostiserats med ett psykiskt tillstånd eller en inlärnings-/utvecklingsstörning som kräver kontinuerlig vård eller särskilda anpassningar.	☐ Ja *	☐ Nej
Ett drog- eller alkoholberoende som krävt behandling under de senaste 5 åren.	☐ Ja *	☐ Nej

AVSNITT F - JAG HAR/HAR HAFT:

Återkommande ryggproblem de senaste 6 månaderna som begränsar mina dagliga aktiviteter.	☐ Ja *	☐ Nej
Rygg- eller rygggradsoperation de senaste 12 månaderna.	☐ Ja *	☐ Nej
Diabetes, antingen läkemedels- eller dietkontrollerad, ELLER graviditetsdiabetes under de senaste 12 månaderna.	☐ Ja *	☐ Nej
Ett okorrigerat bråck som begränsar mina fysiska möjligheter.	☐ Ja *	☐ Nej
Aktiva eller obehandlade magsår, problemsår eller magsårskirurgi under de senaste 6 månaderna.	☐ Ja *	☐ Nej

AVSNITT G - JAG HAR HAFT:

Stomikirurgi och saknar medicinskt godkännande till att simma eller delta i fysisk aktivitet.	☐ Ja *	☐ Nej
Uttorkning som krävt medicinsk behandling de senaste 7 dagarna.	☐ Ja *	☐ Nej
Aktiva eller obehandlade mag- eller tarmsår eller magsårskirurgi de senaste 6 månaderna.	☐ Ja *	☐ Nej
Frekvent halsbränna, uppstötningar eller gastroesofageal refluxsjukdom (GERD).	☐ Ja *	☐ Nej
Aktiv eller okontrollerad ulcerös kolit eller Crohns sjukdom.	☐ Ja *	☐ Nej
Överviktskirurgi de senaste 12 månaderna.	☐ Ja *	☐ Nej

*Läkarundersökning krävs (se sid 1). 2 av 3 © 2020



Deltagarens Namn

(Texta)

Födelsedatum

Datum (DD/MM/ÅÅ)

Hälsodeklaration för dykare | Dokument för Läkarutlåtande

Ovanstående person efterfrågar din åsikt om hans/hennes medicinska förutsättningar för att delta i Sportdyknings- eller Fridykningsutbildning eller aktivitet. Besök uhms.org för medicinsk vägledning om medicinska tillstånd i samband med dykning. Gå igenom de områden som är relevanta för din patient som en del av din utvärdering.

Undersökningsresultat

☐ Godkänd – Jag finner inga tillstånd som är oförenliga med Sportdykning eller Fridykning.

☐ Ej Godkänd – Jag finner tillstånd som är oförenliga med Sportdykning eller Fridykning.

Underskrift av legitimerad läkare eller annan legitimerad vårdgivare

Datum (DD/MM/ÅÅ)

Läkarens Namn

(Texta)

Kliniska Examina/Behörighetsbevis

Mottagning/Sjukhus

Adress

Telefon

Email

Läkarens/Klinikens stämpel (valfritt)

Skapad av Diver Medical Screen Committee i samarbete med följande organ:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego