

Состояние здоровья дайвера | Анкета обучаемого

Любые спуски под воду и фридайвинг (ныряние и плавание на задержке дыхания) требуют хорошего физического и психического здоровья. Погружения при наличии перечисленных ниже заболеваний (состояний) могут быть смертельно опасны. Все лица, у кого такие заболевания присутствуют, или кто предрасположен к любому из этих состояний, должны обязательно пройти обследование у врача. Настоящий опросник (анкета о состоянии здоровья) позволяет каждому самостоятельно быстро оценить, есть ли необходимость обратиться к врачу. Если у Вас заболевание, не представленное в опроснике, и Вы сомневаетесь, опасно ли Вам заниматься дайвингом, обязательно посоветуйтесь с врачом. Если вы чувствуете себя плохо, не участвуйте в погружениях. Если Вы подозреваете, что можете быть заразны для окружающих из-за инфекционного заболевания, защитите себя и других, не участвуйте в обучении дайвингу и/или в погружениях. Термин «дайвинг» в настоящем документе предполагает как рекреационные погружения под воду с дыхательными аппаратами, так и фридайвинг. Анкета предназначена, прежде всего, для начальной оценки состояния здоровья лиц, начинающих первичное обучение, однако она пригодится и опытным дайверам, получающим дополнительную подготовку. Поскольку речь идет о Вашей безопасности и о безопасности всех, кто будет погружаться вместе с вами, пожалуйста, отвечайте честно на все вопросы.

Обратите внимание:

Предварительное заполнение анкеты обязательно для участия в обучении дайвингу.

Примечание для женщин: если вы беременны или планируете беременность в ближайшем будущем, не погружайтесь.

1	У меня были приступы одышки, заболевания легких, сердца, крови, я перенес COVID-19.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. A	Нет <input type="checkbox"/>
2	Я старше 45 лет.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. B	Нет <input type="checkbox"/>
3	Я с трудом выполняю физические упражнения умеренной интенсивности (например, пройти 1 километр за 9 минут или проплыть 200 метров без отдыха) ИЛИ в последние 12 месяцев у меня были ограничения в занятиях физкультурой по состоянию здоровья или по причине плохой физической формы.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
4	У меня были заболевания глаз, ушей, носа или околоносовых пазух.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. C	Нет <input type="checkbox"/>
5	Я перенес хирургическое вмешательство в течение последних 12 месяцев или испытываю проблемы со здоровьем, связанные с ранее выполненной операцией.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
6	Я терял сознание, у меня были приступы мигрени, судороги, я перенес инсульт, черепно-мозговую травму; у меня хронические неврологические нарушения или заболевания.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. D	Нет <input type="checkbox"/>
7	В настоящее время или в течение последних пяти лет я проходил лечение у психолога или у психиатра (психологические проблемы, расстройства личности, панические атаки, алкогольная или наркозависимость), мне установлен диагноз задержки развития.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. E	Нет <input type="checkbox"/>
8	У меня бывают боли в спине, установлен диагноз грыжи, есть кожные язвы, у меня диабет.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. F	Нет <input type="checkbox"/>
9	У меня были проблемы с желудком или кишечником, недавно были расстройства стула.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. G	Нет <input type="checkbox"/>
10	Я принимаю лекарства, отпускаемые по рецепту (за исключением противозачаточных или противомаларийных кроме мефлохина / лариама).	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>

ПОДПИСЬ ОБУЧАЕМОГО

Если вы ответили НЕТ на все 10 вопросов выше, вам не требуется осмотр врача. Пожалуйста, прочтите приведенное ниже заявление, если Вы с ним согласны, подпишите форму и поставьте дату.

Заявление: я честно ответил на все вопросы и понимаю, что принимаю на себя всю ответственность за любые последствия неточных ответов и сокрытия фактов о состоянии своего здоровья, как о нарушениях в настоящее время, так и о заболеваниях, перенесенных в прошлом.

Подпись обучаемого (или родителя/опекуна)

Дата дд/мм/гггг

Имя участника

Дата рождения (dd/mm/yyyy)

Имя инструктора

Имя объекта

***Если Вы ответили ДА на вопросы 3,5, 10 ИЛИ на любые вопросы на стр. 2, пожалуйста, прочитайте заявление выше и подпишите, если Вы с ним согласны, поставьте дату. Участие в обучении дайвингу обязательно требует предварительного одобрения со стороны врача. Передайте все три страницы этой формы (анкету обучаемого и бланк, заполняемый врачом) в медицинскую организацию, где Вы будете проходить осмотр.**

Состояние здоровья дайвера | Продолжение анкеты обучаемого

ТАБЛИЦА А – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Хирургическое вмешательство на органах грудной полости, на сердце и на клапанах, на коронарных артериях, включая стентирование, установку водителя ритма и др. устройств, или пневмоторакс.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Обструкция дыхательных путей, сопровождающаяся ограничением физической активности в течение последних 12 месяцев: бронхиальная астма, астматический бронхит, ХОБЛ, аллергические реакции, включая сенную лихорадку, и др.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Заболевания и состояния, связанные с нарушением работы сердца: стенокардия, боли в груди при физической нагрузке, сердечная недостаточность, отек легких погружения, инсульт, ИЛИ я принимаю лекарства, назначенные по поводу заболевания сердца.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Рецидивирующий бронхит, хронический кашель в течение последних 12 месяцев ИЛИ установленный диагноз эмфиземы легких.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Диагноз COVID-19.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА В – Я СТАРШЕ 45 ЛЕТ И:		
Я курю табак или употребляю (вдыхаю) никотин иными способами.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
У меня высокий уровень холестерина.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
У меня высокое артериальное давление (гипертония).	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Мой близкий (кровный) родственник в возрасте до 50 лет внезапно умер от заболевания сердца или от инсульта, ИЛИ у моих родителей развились заболевания сердца в возрасте до 50 лет (включая нарушения ритма, ишемическую болезнь сердца или кардиомиопатию).	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА С – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Хирургическое вмешательство на околоносовых пазухах в течение последних 6 месяцев.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Заболевание уха или хирургическое вмешательство на органах слуха, потеря слуха или нарушение вестибулярного аппарата.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Рецидивирующий синусит в течение последних 12 месяцев.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Хирургическое вмешательство на глазах в течение последних 3 месяцев.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА D – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Черепно-мозговая травма с потерей сознания в течение последних 5 лет.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Стойкие неврологические нарушения или заболевание нервной системы.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Повторяющиеся приступы головных болей в течение последних 12 месяцев, или я принимаю лекарства для их предупреждения.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Случаи потери сознания (полной / частичной) или обмороки в течение последних 5 лет.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Эпилепсия, малые / большие припадки, судороги, или я принимаю лекарства для их предупреждения.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА E – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Психические или психологические проблемы со здоровьем, требующие лечения.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Депрессия, суицидальные настроения, панические атаки, биполярное расстройство, требующие медикаментозной коррекции или лечения у психиатра.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Психическое заболевание или задержка развития, требующие постороннего ухода или пребывания в специальной организации.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Пристрастие к наркотикам или алкоголю, требующие лечения, в течение последних 5 лет.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА F – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Повторяющиеся в последние 6 месяцев боли в спине, ограничивающие мою повседневную активность.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Хирургические операции на позвоночнике в течение последних 12 месяцев.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Сахарный диабет (оба типа) или гестационный диабет в течение последних 12 месяцев.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Не скорректированная хирургическим способом грыжа, ограничивающая мои физические возможности.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Незаживающие язвы кожи, осложненные раны или хирургическая операция пластики язвы / раны в течение последних 6 месяцев.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА G – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Функционирующий свищ или стома желудочно-кишечного тракта при отсутствии разрешения заниматься плаванием или физкультурой.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Состояние обезвоживания, потребовавшее медицинской помощи, в течение последних 7 дней.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Незарубцевавшаяся язва желудка или кишечника, хирургическое лечение язвенной болезни в течение последних 6 месяцев.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Частая изжога, отрыжка пищей или гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Язвенный колит или болезнь Крона вне стойкой ремиссии.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
Бариатрическое хирургическое вмешательство в течение последних 12 месяцев.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>

Состояние здоровья дайвера | Заключение врача по итогам осмотра

Имя обучаемого

Дата рождения

(Разборчиво)

Дата: дд/мм/гггг

Вышеназванное лицо запрашивает Ваше мнение о его / ее пригодности по состоянию здоровья к рекреационным спускам под воду (ныряние с аквалангом, фридайвинг). Пожалуйста, при вынесении заключения о наличии или отсутствии медицинских противопоказаний к занятию дайвингом используйте материалы сайта uhms.org в части разделов, имеющих отношение к данному пациенту.

Результаты оценки

- Допущен – у пациента не обнаружено заболеваний, препятствующих рекреационным погружениям под воду.
- Не допущен – присутствуют заболевания / состояния, при которых рекреационные спуски под воду противопоказаны.

Подпись сертифицированного/аккредитованного врача или уполномоченного лица медицинской организации

Дата: дд/мм/гггг

Имя врача

(Разборчиво)

Ученое, научное, почетное звание

Клиника/больница

Адрес

Телефон

Email

Личная печать врача / Штамп, печать медицинской организации

Создано [Diver Medical Screen Committee](#) в сотрудничестве с:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

Перевод и адаптация: DAN Europe (DAN-Russia)