

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות/דרכון

טופס אנמנזה רפואית - למילוי על ידי מדריך הצלילה

• יש למלא טופס זה בכל פעם שמוגשת בקשה לחידוש רישיון הדרכה
• ככל שיש תשובות חיוביות יש להעביר את הטופס לרופא צלילה לצורך אישור כשירות רפואית

אנא מלא/י בקפידה ולפי מיטב הידע שבידך את הפרטים בטופס רפואי סודי זה, אשר נועד לסייע בקביעת כשירותך לעסוק בהדרכת צלילה ספורטיבית. הטופס והאישור יצורפו לתיק המדריך ברשות המוסמכת לצלילה ספורטיבית.

1. הנחיות למילוי השאלון

עליך לענות על כל השאלות להלן. במקרה שאינך בטוח/ה בתשובה, רופא הצלילה יכול לסייע לך.

- לגבי ניתוחי בטן וגפיים עליך לדווח אם התרחשו בששה החודשים האחרונים. לגבי כל שאר הניתוחים - אם התרחשו אי פעם בעבר.
- עליך לדווח על כל מחלה כרונית, מצב רפואי מתמשך או מחלה העלולה לפגוע בתפקודך התקין מתחת לפני המים, גם אם לא פורטה במפורש בטופס - מקום לכך מצוי בסוף הטופס.
- נא פרט/י בסוף הטופס כל תשובה חיובית לגבי מחלות כרוניות או ניתוחים.

2. יש למלא טופס זה בכל פעם שמוגשת בקשה לחידוש רישיון הדרכה

3. ככל שיש תשובות חיוביות יש להעביר את הטופס לרופא צלילה לצורך אישור כשירות רפואית

#	שאלה	כן	לא	#	שאלה	כן	לא
1	מיגרנה כרונית המפריעה לתפקוד בעת ההתקף			25	הפרעות בקצב הלב ("פליפיטציות, דפיקות לב")		
2	סחרחורות, התעלפויות חזרות			26	חוסר דם – אנמיה או מחלת דם כרונית		
3	דלקת קרום המוח, מחלת מוח			27	לחץ דם גבוה (עם טיפול קבוע)		
4	זעזוע מוח, חבלת ראש קשה עם פגיעה מוחית			28	צרבת כרונית, GERD - מחלה של הושט		
5	ניתוח מוח			29	בקע בדופן הבטן או בסרעפת		
6	ניתוח בבית החזה או חבלת חזה עם פגיעה בריאות			30	ניתוח בטן ב 6 חודשים האחרונים		
7	שבר בצלעות עם פגיעה בריאה (דימום או חזה אוויר)			31	עודף משקל משמעותי עם BMI > 35		
8	חזה אוויר ספונטני spontaneous pneumothorax			32	אפילפסיה (כל אירוע של פרכוס למעט התכווצויות חום עד גיל 5)		
9	מחלת ריאות כרונית, אמפיזמה, ברונכיטיס כרונית			33	מחלה כרונית של המעינים (מחלה דלקתית כרונית, כיב, שלשולים וכד')		
10	קוצר נשימה במאמץ			34	מחלת פרקים או עצמות עם הפרעה תפקודית		
11	נזלת כרונית, קדחת השחת, נזלת אלרגית			35	מחלת עצבים או שרירים		
12	שבר באף עם הפרעה תפקודית כרונית, סטייה של מחיצת האף, ניתוח באף או בסינוסים או באוזניים			36	מחלת או חבלה בחוט השדרה עם נזק ניורולוגי קבוע		
13	סינוסיטיס כרונית או ניתוח בסינוסים			37	מחלת כליות כרונית, הפרעה בתפקוד הכליות		
14	דלקות חוזרות באוזן תיכונה			38	סוכרת מטופלת בתרופות		
15	קרע או חור בעור התוף, או ניתוח באוזן תיכונה או פנימית			39	הפרעה בבלוטות המטופלת בקביעות		
16	שחפת (כולל שהחלימה)			40	האם הנך נוטל בדרך קבע תרופות		
17	אסטמה, ברונכיטיס ספסטית			41	האם הנך נוטל תרופות פסיכיאטריות		
18	משקפיים או עדשות מגע מעל 5 דיופטריות			42	האם אתה מעשן כעת (_____ סיגריות ליום)		
19	ניתוח בעיניים בשנה האחרונה			43	האם את בהריון?		
20	קושי באבחנת צבעים			44	האם חלית ב-Covid-19 עם סימפטומים?		
21	בעיות ברשתית העיניים			45	האם יש לך כעת סימפטומים של Long Covid?		
22	מחלת לב אחרת (מסתמים, מום לב)			46	מצב רפואי אחר בעל השלכות לצלילה:		
23	ניתוח לב			47	אחר:		
24	מחלת לב כלילית (אנגינה פקטוריס, התקף לב)			48			


הוגבלתי בצלילה בעבר מסיבות רפואיות (פרט): _____

נא לפרט תשובות חיוביות: _____

4. הצהרת המדריך

הריני מצהיר/ה בזה כי התשובות לשאלות לעיל ניתנו על ידי לפי מיטב ידיעתי, וכי אני מבין/ה כי העלמת מידע רפואי מסכנת אותי ואת האחרים הצוללים עמי. העלמת מידע גם מסירה מעל מרכז הצלילה את האחריות לכל אירוע שיתרחש בגין מצב רפואי שלא ציינתי לעיל.

הריני מצהיר כי מצבי הבריאותי לא השתנה מהותית מאז בדיקת הכשירות לצלילה האחרונה שבוצעה על ידי רופא צלילה, בהתאם לנוהל הרשות לכשירות רפואית למדריכי צלילה.

טופס בקשה לרישיון הדרכה נספח 4 – הצהרה רפואית להדרכת צלילה			
עמ' & 2 מתוך 1	תאריך עדכון 14.02.2022	מהדורה מס' 9 & 3	טופס מס' 9 & 5

חתימת המדריך: _____ תאריך: _____

אישור רפואי למדריך צלילה ספורטיבית – למילוי וחתימה ע"י רופא צלילה

תאריך: _____

אני רופא צלילה / רופא צלילה בכיר (לסמן)

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
 כתובת: _____
 דוא"ל: _____
 טלפון: _____

פרטי מדריך הצלילה:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
 ת.ז. _____ תאריך לידה: _____
 כתובת: _____
 דוא"ל: _____
 טלפון: _____

בדיקות עזר רפואיות:

הערות _____ אק"ג ארגומטריה תקין _____
 הערות _____ צילום חזה אחורי-קדמי תקין _____
 הערות _____ בדיקות דם (ס"ד וכימיה) תקין _____

אישור כשירות רפואית זה ניתן כחלק מ:

- בדיקה רפואית ראשונה להדרכת צלילה
- בדיקת מעקב רפואי תקופתי עד גיל 45
- בדיקת כשירות להדרכת צלילה בהגיעך לגיל 45
- בדיקת מעקב רפואי תקופתי אחרי גיל 45
- בדיקה מיוחדת עקב מחלה או אירוע בריאותי משמעותי (בגלל שהמדריך ענה "כן" על אחת השאלות בטופס שבתוספת 1 לנוהל או אחרי אירוע בריאותי משמעותי)

המועמד נמצא:

כשיר ללא הגבלות
 כשיר בהגבלה: _____

 בלתי כשיר זמנית עד: _____
 בלתי כשיר תמידית בגלל: _____