

הצהרה על סטטוס רפואי - כשירות לצלילת מכשירים

הצהרה זו מכילה מידע על סיכונים אפשריים בצלילת מכשירים ועל הנדרש ממך המועמד לקורס הצלילה במשך הקורס וכתנאי כשירו רפואית לכניסה לקורס. חתימתך נדרשת על מנת לאפשר את השתתפותך בקורס הצלילה של tdi/sdi הנערך ב:

ביה"ס לצלילה: _____ בכתובת: _____ ע"י המדריך: _____ מס' מדריך: _____

על מנת להמשיך בתהליך עליך לחתום על ההצהרה הרפואית ועל טופס השחרור מאחריות. במידה והינך קטין על פי החוק עליך להחתים הורה/אפוטרופוס על הצהרה זו. קרא היטב את ההצהרה וברר היטב את הנתונים הנדרשים לחתימתך. צלילה הנה פעילות הדורשת כשירות רפואית המונעת פגיעות בגוף ובבריאות העוסקים בה. כשירות זו מתלווה התנהגות על פי על הכללים והטכניקות הנלמדים בקורס הצלילה ועל פי הסטנדרטים של ארגון הצלילה tdi/sdi. על מנת לצלול בבטחה - עליך לא להיות שמן באופן חריג או בעל חוסר כושר גופני לחלוטין, מערכות הנשימה וחילוף החומרים שלך חייבות להיות במצב בריאותי תקין. אדם עם בעיות לב, חולה בשפעת תקופתית בעל עבר של אסטמה, מחלת הנפילה, מחלות נוספות או נמצא תחת השפעת אלכוהול/סמים אסור לו לצלול. אם הנך בטיפול תרופתי עליך להתייעץ עם רופא ו/או מדריך הצלילה שלך. בקורס הצלילה תלמד על כל השפעות הצלילה על גוף האדם, השפעות הלחץ התת מימי, נשימה מתחת לפני המים, כמו גם השוואת הלחצים ושימוש בציוד צלילה. שימוש לא נכון בציוד עלול לגרום לפגיעה חמורה בבריאותך, הקפד למלא אחר כל ההוראות בכל נושא כפי שתדרש. מדריך הצלילה עומד לרשותך להבהרות באשר להצהרה רפואית זו - העזר בו לפני שהנך חותם.

פרטים אישיים על המועמד לקורס צלילה:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מין ז / נ גיל: _____ תאריך לידה: _____ / _____ / _____
ת.ז.: _____ גובה: _____ ס"מ משקל: _____ ק"ג

היסטוריה רפואית

הנחיות למילוי ההצהרה:

מילוי שאלון זה הנו למטרת ברור האם יש צורך שתיבדק ע"י רופא לפני השתתפותך בקורס הצלילה. מענה חיובי לאחת מהשאלות המופיעות ברשימה אינו פוסל אותך באופן אוטומטי לצלילה, אלא מצביע על מצב בו נדרשת לחוות דעת רופא על מנת להמליץ סופית על כשירותך ללמוד צלילת מכשירים. עליך לענות על השאלות במקום המיועד לכך בכך או לא. אם אינך בטוח בתשובה, עדיף שתתייעץ במדריך או שתענה ב-כן ועל ידי כך תופנה לקבלת חוות דעת של רופא. מדריך הצלילה יצייד אותך בטופס המתאים ויפנה אותך לרופא המתאים.

- | | | | |
|---|---------|--|---------|
| 1. האם אתה/סובלת ממיגרנות | כן / לא | 30. האם אתה סובל מאי תפקוד כליות | כן / לא |
| 2. האם סבלת מדלקת קרום המוח או מחלה נוירולוגית | כן / לא | 31. האם אתה סובל מכאבי בטן חוזרים | כן / לא |
| 3. האם היו לך אירועים של איבוד הכרה, התעלפויות חוזרות | כן / לא | 32. האם עברת תאונת צלילה בעבר | כן / לא |
| 4. האם סבלת בעבר מזעזוע מוח או חבלת ראש | כן / לא | 33. האם אתה סובל ממחלות מעיים | כן / לא |
| 5. האם קרו בעבר אירועים של התכווצויות (אפילפסיה) | כן / לא | 34. האם ישנם דימומים בדרכי העיכול | כן / לא |
| 6. האם עברת ניתוח ראש | כן / לא | 35. האם אתה סובל מצרבת כרונית | כן / לא |
| 7. האם היה בעבר פציעה או חבלה בצלעות | כן / לא | 36. האם יש לך בקע | כן / לא |
| 8. האם סבלת "מחזה אור" | כן / לא | 37. האם עברת ניתוח בטן/מעיים | כן / לא |
| 9. האם חלית בשחפת | כן / לא | 38. האם אתה סובל ממחלת פרקים | כן / לא |
| 10. האם הינך סובל משיעול כרוני | כן / לא | 39. האם אתה סובל ממחלת עצבים | כן / לא |
| 11. האם הינך סובל מאסטמה, ברונכית ספסטית | כן / לא | 40. האם ישנה חולשה בשרירים/גפיים | כן / לא |
| 12. האם הינך סובל מנזלת כרונית, אלרגיה, דלקת עור אביבית | כן / לא | 41. האם ישנה מחלה בחוט השדרה | כן / לא |
| 13. האם הינך סובל מקדחת השחת | כן / לא | 42. האם יש עודף משקל | כן / לא |
| 14. האם היה בעבר חבלה באף, סטיית מחיצת האף | כן / לא | 43. האם אתה סובל מסוכרת מטופלת | כן / לא |
| 15. האם היה בעבר ניתוח באף/סינוסים/אוזניים | כן / לא | 44. האם ישנה הפרעה בבלוטות כרונית | כן / לא |
| 16. האם אתה סובל מדלקות אוזניים | כן / לא | 45. האם אתה מעשן כן: כמות ליום: _____ / לא | כן / לא |
| 17. האם סבלת מקרע/חור בעור התוף | כן / לא | 46. האם יש שיניים תותבות | כן / לא |
| 18. האם אתה סובל מסינוסיטיס כרוני | כן / לא | 47. האם את בהריון | כן / לא |
| 19. האם מרכיב משקפיים/עדשות מגע | כן / לא | 48. האם יש לך נכות פיזית | כן / לא |
| 20. האם סבלת ממחלת/ניתוח עיניים | כן / לא | 49. האם נפצעת באופן חמור | כן / לא |
| 21. האם קיים קושי באבחנת צבעים | כן / לא | 50. האם אתה צורך יתר סמים/אלכוהול | כן / לא |
| 22. האם סבלת מבעיות ברשתית העיניים | כן / לא | | |
| 23. האם סבלת ממחלת לב כלילית/אנגינה פקטוריס התקף לב | כן / לא | | |
| 24. האם סבלת מדלקת כרום הלב/מחלת מסתמים | כן / לא | | |
| 25. האם עברת ניתוח לב | כן / לא | | |
| 26. האם סבלת מהפרעות קצב/דפיקות לב | כן / לא | | |
| 27. האם אתה מטופל ביתר לחץ דם | כן / לא | | |
| 28. האם סבלת מקוצר נשימה/כאב בחזה במאמץ | כן / לא | | |
| 29. האם אתה סובל ממחלת דם כרונית | כן / לא | | |

אם ענית על אחת או יותר מהשאלות בכך נא

פרט כאן: _____

האינפורמציה שמסרתי לעיל הינה מדויקת

למיטב הבנתי:

חתימה: _____ תאריך: _____ / _____ / _____

אפוטרופוס: _____ תאריך: _____ / _____ / _____

רופא: _____ תאריך: _____ / _____ / _____

הצהרת מודעות לסיכונים

נא לקרוא את הטופס בעיון. במידה וישנה בעיה או מתעוררת שאלה נא לפנות למדריך הצלילה טרם החתימה. בגוף ההצהרה יש לחתום בראשי תיבות ובסיום יש לחתום בחתימה מלאה. הצהרה זו מידעת אותך על הסכנות הכרוכות בצלילה בעזרת מיכלי גז דחוס ו/או אוויר מועשר בחמצן או גזים אחרים המיועדים לצלילה, שנירקול (שימוש במסכת צלילה, סנפירים וקנה בשחיה), צלילה חופשית ו/או מכשירים. במידה והינך קטין/ה יש לבקש מאפוטרופוס לקרוא ולחתום על טופס זה.

אזהרה

צלילה עם אוויר דחוס או אוויר מועשר בחמצן (נייטרוקס) כרוכה בסיכונים רבים הכוללים: בחילות/מחלת ים, מחלת הדקומפרסיה, תסחיפים, הרעלת חמצן, הרעלת גז אינרטי, פציעות החי הימי, ברוטראומות או פגיעות מלחץ אטמוספרי אחרות שיכולות להתרחש ושדורשות טיפול רפואי לרבות טיפול בתא לחץ, צלילות המים הפתוחים, שהם הכרחיים להכשרה והסמכה, יכולים להתבצע באתר שהוא מרוחק, או על ידי זמן או מרחק, או שניהם, מתא לחץ. הבחירה היא של כל משתתף, האם להמשיך בצלילות או לא למרות ההיעדרות האפשרית של תא לחץ בסמיכות לאתר הצלילה

פעילויות צלילה מלוות במאמץ פיזי ובמהלך קורס זה יש לצפות למאמץ פיזי. תחת נסיבות אלה יתכן כי אתם עלולים לסבול מארוע לבבי, פאניקה, היפרוונטילציה, הרעלת חמצן, הרעלת גז אינרטי, טביעה ועוד פציעות כתוצאה ממשקל כבד ומאמץ פיזי

עליכם לדווח בכנות וללא הסתרת מידע למדריך/ים ו/או לביה"ס טרם תחילת הקורס על בעיות רפואיות ועל ההיסטוריה הרפואית בשלמותה

פעילויות הצלילה בקורס זה יכולות למקם אותך עמוק יותר ממה שאתה מסוגלת לבצע עליה בשחיה חופשית (ללא גז נשימה) בביטחה

ציוד הצלילה במהלך הקורס הוא באחריותכם ועליכם להיות מודעים לתקינותו ולתחזוקה שלו (כל חשד יש לדווח למדריך/ביה"ס)

שחרור מאחריות

המדריך (ים) _____, וביה"ס שדרכו ההכשרה מתבצעת, _____, אינו מקבל אחריות לכל מוות, פציעה או כל פגיעה/מחלה אחרת שנגרמה כתוצאה מרשלנות שלך, על ידך או כתוצאה מהפעולות שלך. כל זאת תקף במידה ולא המדריך ולא ביה"ס ביצע רשלנות כלשהי. לקיחת חלק בקורס היא באחריות הצולל הבלעדית

הכרה והבנת הטופס המוצג

נא לא לחתום על טופס זה במידה ומשהו אינו ברור
במידה והינך מתחת לגיל 18, יש להמציא אפוטרופוס לקרוא, להבין ולחתום על הצהרה זו

לקורס: _____ (לציין את שם הקורס) תוכנית הדרכה של SDI ישראל.
אני מאשר ומקבל הצהרה זו בתאריך: _____ שם המשתתף: _____ חתימה: _____
במידה והינך מתחת לגיל 18: שם האפוטרופוס: _____ חתימת האפוטרופוס: _____

לקורס: _____ (לציין את שם הקורס) תוכנית הדרכה של SDI ישראל.
אני מאשר ומקבל הצהרה זו בתאריך: _____ שם המשתתף: _____ חתימה: _____
במידה והינך מתחת לגיל 18: שם האפוטרופוס: _____ חתימת האפוטרופוס: _____

לקורס: _____ (לציין את שם הקורס) תוכנית הדרכה של SDI ישראל.
אני מאשר ומקבל הצהרה זו בתאריך: _____ שם המשתתף: _____ חתימה: _____
במידה והינך מתחת לגיל 18: שם האפוטרופוס: _____ חתימת האפוטרופוס: _____

לקורס: _____ (לציין את שם הקורס) תוכנית הדרכה של SDI ישראל.
אני מאשר ומקבל הצהרה זו בתאריך: _____ שם המשתתף: _____ חתימה: _____
במידה והינך מתחת לגיל 18: שם האפוטרופוס: _____ חתימת האפוטרופוס: _____

לקורס: _____ (לציין את שם הקורס) תוכנית הדרכה של SDI ישראל.
אני מאשר ומקבל הצהרה זו בתאריך: _____ שם המשתתף: _____ חתימה: _____
במידה והינך מתחת לגיל 18: שם האפוטרופוס: _____ חתימת האפוטרופוס: _____

לקורס: _____ (לציין את שם הקורס) תוכנית הדרכה של SDI ישראל.
אני מאשר ומקבל הצהרה זו בתאריך: _____ שם המשתתף: _____ חתימה: _____
במידה והינך מתחת לגיל 18: שם האפוטרופוס: _____ חתימת האפוטרופוס: _____