

Dichiarazione medica

REGISTRAZIONE DEL PARTECIPANTE - INFORMAZIONI CONFIDENZIALI

Attenzione: prima di firmare leggere attentamente

Questa è la dichiarazione che sei stato informato dei rischi potenziali legati all'attività subacquea e del comportamento richiesto durante il programma d'addestramento Ara. La tua firma su questa dichiarazione è necessaria per poter partecipare al programma d'addestramento Ara offerto da:

(Istruttore) _____
(Concessionario) _____
Indirizzo _____

Prima di firmare questa dichiarazione leggila e discutila. Devi completare questa dichiarazione medica, che include una parte della tua storia medica, per iscriverti al programma d'addestramento subacqueo. Se sei un minore, questa dichiarazione deve essere firmata da un genitore.

L'attività subacquea è emozionante e impegnativa. La subacquea è veramente sicura quando viene eseguita correttamente, applicando le tecniche corrette. Se le procedure di sicurezza stabilite non vengono seguite, allora, possono insorgere dei pericoli.

Per immergersi con sicurezza devi essere in buone condizioni fisiche e non devi essere eccessivamente sovrappeso. In alcuni casi l'attività subacquea può essere faticosa. Il tuo apparato respiratorio e circolatorio deve essere in buono stato. Tutti gli spazi aerei del corpo devono essere normali e sani. Una persona con problemi cardiaci, raffreddore o costipazione in atto, epilessia, asma, un grave problema medico o chi è sotto influenza di alcool o droghe non si deve immergere. Se stai prendendo medicine, prima di partecipare a questo programma contatta il tuo medico e l'istruttore. Dovrai imparare dal tuo istruttore le regole di comportamento importanti inerenti la respirazione e la compensazione durante l'attività subacquea.

Un uso scorretto dell'attrezzatura Ara può portare a gravi incidenti. Per usarla correttamente dovrai essere addestrato in maniera approfondita sotto il controllo diretto di un istruttore qualificato.

Se hai qualche dubbio riguardo a questa dichiarazione medica oppure riguardo la tua Storia Medica, prima di firmare questo modulo, ripassalo con il tuo istruttore.

Storia Medica

Per il partecipante:

Lo scopo di questo questionario medico è di stabilire se devi essere visitato da un medico prima di partecipare all'addestramento ricreativo subacqueo. Una risposta positiva ad una domanda, non necessariamente ti rende non idoneo all'attività subacquea. Una risposta positiva significa che c'è una condizione pre-esistente che può influire alla tua sicurezza durante l'immersione e devi quindi consultarti con un medico. Rispondi alle seguenti domande sulla tua storia medica passata e presente con un SI o un NO. Se non sei sicuro rispondi SI. Se una delle voci è positiva, devi effettuare una visita da un medico specialista prima di partecipare all'attività subacquea. Il tuo istruttore ti darà assieme a questa dichiarazione medica una linea guida per l'idoneità alla pratica della subacquea ricreativa, da consegnare al medico.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sei in stato di gravidanza o sospetti di esserlo? | <input type="checkbox"/> Storia di chirurgia al torace? | <input type="checkbox"/> alla schiena o arti, ferite o fratture? |
| <input type="checkbox"/> Prendi regolarmente medicinali prescritti o non prescritti? (ad eccezione di un anticoncezionale). | <input type="checkbox"/> Claustrofobia o agorafobia (paura degli spazi chiusi o aperti)? | <input type="checkbox"/> Incapacità di eseguire un esercizio moderato (camminare 1,6 km in 12 minuti)? |
| <input type="checkbox"/> Hai oltre i 45 anni di età ed una o più voci seguenti? | <input type="checkbox"/> Problemi comportamentali? | <input type="checkbox"/> Storia di ipertensione, oppure stai prendendo medicinali per controllarla? |
| ● Fumare pipa o sigari | <input type="checkbox"/> Epilessia, crisi, convulsioni o prendi medicine per prevenirli? | <input type="checkbox"/> Storia di malattie cardiache? |
| ● Avere un alto livello di colesterolo | <input type="checkbox"/> Emicranie ricorrenti oppure prendi dei medicinali per prevenirle? | <input type="checkbox"/> Storia di attacchi cardiaci? |
| ● Avere una storia familiare di attacchi di cuore o infarti | <input type="checkbox"/> Storia di perdita di sensi o svenimenti (con totale o parziale perdita di coscienza)? | <input type="checkbox"/> Angina o chirurgia coronarica? |
| | <input type="checkbox"/> Soffri frequentemente di malattie legate al movimento (mal di mare, mal d'auto ecc.)? | <input type="checkbox"/> Storia di chirurgia del naso o ai seni? |
| Hai mai avuto o attualmente hai: | <input type="checkbox"/> Storia di incidenti subacquei o di Malattia Da Decompressione? | <input type="checkbox"/> Storia di malattie all'orecchio, perdita dell'udito o problemi di equilibrio? |
| <input type="checkbox"/> Asma o sibili mentre respiri o mentre fai esercizi? | <input type="checkbox"/> Storia di ricorrenti problemi alla schiena? | <input type="checkbox"/> Storia di difficoltà a compensare (deglutendo) quando viaggi in aereo o in montagna? |
| <input type="checkbox"/> Frequenti o gravi attacchi di febbre da fieno o d'allergia? | <input type="checkbox"/> Storia di chirurgia alla schiena? | <input type="checkbox"/> Storia di emorragie od alterazioni della coagulazione? |
| <input type="checkbox"/> Frequenti raffreddori, sinusiti o bronchiti? | <input type="checkbox"/> Storia di diabete? | <input type="checkbox"/> Storia di qualsiasi tipo d'ernia? |
| <input type="checkbox"/> Qualsiasi forma di malattia polmonare? | <input type="checkbox"/> Storia di complicanze dopo interventi | <input type="checkbox"/> Storia di colostomia? |
| <input type="checkbox"/> Pneumotorace (polmone collassato)? | | <input type="checkbox"/> Storia di abuso di alcool o di droghe? |

Le informazioni che ho dato della mia storia medica sono accurate ed al meglio della mia conoscenza.

▲ Firma

▲ Data

▲ Firma di un genitore o un tutore (se necessario)

▲ Data