

## Медицинская Часть

### Информация строго конфиденциальна

Этот документ, призванный проинформировать Вас о потенциальном риске, с которым связаны занятия подводным плаванием (SCUBA-дайвингом), необходим Вам во время прохождения обучения. Подписав данный документ, Вы сможете принять участие в курсе обучения подводному плаванию, который проводится:

(инструктор) \_\_\_\_\_ и (дайв-центр) \_\_\_\_\_, расположенном в городе \_\_\_\_\_, в стране \_\_\_\_\_.

Внимательно прочитайте и обсудите данный документ, перед тем как его подписать. Чтобы приступить к обучению подводному плаванию, Вам необходимо заполнить Медицинскую Часть данного документа, включающую в себя раздел "Медицинская анкета". Если Вы – несовершеннолетний, то данный документ должен быть подписан родителями или опекуном.

Дайвинг – это потрясающе интересный спорт, занятия которым абсолютно безопасны при соблюдении правильной техники погружений. Однако если не следовать установленным процедурам, существует определенный риск.

Чтобы погружения с аквалангом были безопасны, Вы должны быть в хорошей физической форме, по возможности не страдать избыточной массой тела. При некоторых условиях занятия дайвингом сопряжены со значительными физическими усилиями, Ваши дыхательная и кровеносная системы должны быть в порядке. Воздушные полости Вашего организма также должны быть здоровы. Человек, страдающий заболеваниями сердечно-сосудистой системы, простудными заболеваниями, астмой, эпилепсией, имеющий заложенность носа или ушей или какие-либо другие медицинские проблемы, либо находящийся под воздействием алкоголя или наркотических веществ, погружаться не должен. Если Вы принимаете лекарственные препараты, то перед тем как принять участие в данном курсе проконсультируйтесь с лечащим врачом и инструктором. Вам также необходимо вместе с инструктором изучить важные правила безопасного дыхания и уравнивания давления под водой. Неграмотное использование снаряжения для дайвинга может привести к серьезным травмам. Для безопасного использования снаряжения Вы должны пройти всестороннюю подготовку по его применению под непосредственным руководством профессионального инструктора.

Если у Вас возникли дополнительные вопросы, касающиеся данной Медицинской Части или Медицинской анкеты, перед тем как подписать данный документ обсудите их с Вашим инструктором.

## Медицинская анкета

### Участнику:

Данная медицинская анкета поможет определить, нужно ли Вам проходить медицинский осмотр у врача, перед тем как принять участие в обучении дайвингу. Положительный ответ на вопрос не является противопоказанием к занятиям подводным плаванием, он лишь означает, что существуют обстоятельства, которые могут повлиять на Вашу безопасность под водой, и поэтому требуется консультация лечащего врача.

Пожалуйста, отвечайте на вопросы ДА и НЕТ. Если Вы не уверены в ответе, отвечайте ДА. В случае положительного ответа перед тем как приступить к занятиям дайвингом проконсультируйтесь с Вашим лечащим врачом: Ваш инструктор снабдит Вас перечнем вопросов, которые Вам следует обсудить с врачом.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Беременны ли Вы или предполагаете, что можете быть беременны?   | <input type="checkbox"/> Клаустрофобия или агорофобия (боязнь закрытых или открытых пространств)           | <input type="checkbox"/> Какие-либо заболевания сердца   |
| <input type="checkbox"/> Вы регулярно принимаете лекарственные препараты? (исключение - противозачаточные препараты)   | <input type="checkbox"/> Психические расстройства  | <input type="checkbox"/> Инфаркты  |
| <input type="checkbox"/> Вы старше 45 лет и можете положительно ответить хотя бы на одно из следующих утверждений:<br>• Вы курите трубку, сигары или сигареты<br>• у Вас высокий уровень холестерина<br>• кто-либо из членов Вашей семьи перенес инфаркт или инсульт | <input type="checkbox"/> Эпилепсия, припадки, судороги или Вы принимаете медикаменты для их предупреждения | <input type="checkbox"/> Стенокардия или какие-либо операции на сосудах                                    |
| <input type="checkbox"/> Было ли у Вас в прошлом или имеется в настоящее время одно из следующих состояний...<br><input type="checkbox"/> Астма, одышка в покое или одышка при физической нагрузке   | <input type="checkbox"/> Постоянные мигрени или Вы принимаете медикаменты для их предупреждения            | <input type="checkbox"/> Хирургические вмешательства на ушах или пазухах                                   |
| <input type="checkbox"/> Постоянные или единичные приступы сенной лихорадки либо другие проявления аллергической реакции   | <input type="checkbox"/> Обмороки или потеря сознания (полная или частичная)                               | <input type="checkbox"/> Болезни уха, потеря слуха, проблемы с вестибулярным аппаратом                     |
| <input type="checkbox"/> Частые простудные заболевания, синуситы, бронхиты   | <input type="checkbox"/> Вас часто укачивает (морская болезнь, укачивание в машине и т.д.)                 | <input type="checkbox"/> Проблемы с уравниванием давления в ушах во время авиалетов или при подъеме в горы |
| <input type="checkbox"/> Какие-либо заболевания легких   | <input type="checkbox"/> Несчастные случаи или декомпрессионная болезнь при предыдущих погружениях         | <input type="checkbox"/> Кровотечения или любые другие проблемы с кровью                                   |
| <input type="checkbox"/> Пневмоторакс (спавшееся легкое)   | <input type="checkbox"/> Какие-либо проблемы с позвоночником   | <input type="checkbox"/> Грыжи   |
| <input type="checkbox"/> Операции на грудной клетке  | <input type="checkbox"/> Операции на позвоночнике  | <input type="checkbox"/> Язвенная болезнь, в том числе хирургическое ее лечение                            |
|  | <input type="checkbox"/> Сахарный диабет   | <input type="checkbox"/> Колостомы   |
|  | <input type="checkbox"/> Какие-либо проблемы со спиной, руками или ногами (травмы, операции)               | <input type="checkbox"/> Алкогольная или наркотическая зависимость   |
|  | <input type="checkbox"/> Неспособность выполнить несложные физические упражнения (пройти 1 км за 10 минут) |  |
|  | <input type="checkbox"/> Эпизоды повышенного артериального давления или прием гипотензивных препаратов     |  |

**Информация о состоянии здоровья, которую я предоставил, наилучшим образом отражает мои собственные знания о нем.**

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись родителей или опекуна \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_