



DICHIARAZIONE MEDICA

SCHEDA DEL PARTECIPANTE (Informazioni confidenziali)

Per favore leggi con cura prima di firmare.

Questa è una dichiarazione nella quale vieni informato di alcuni potenziali rischi connessi all'attività subacquea, e della condotta che si pretende da te durante il programma di addestramento subacqueo. È necessaria la tua firma su questa dichiarazione perché tu possa partecipare al programma di addestramento subacqueo offerto da:

Nome dell'istruttore _____

Nome del centro subacqueo _____

che ha sede nella città/nazione di _____

Leggi e discuti questa dichiarazione prima di firmarla. Devi compilare questa Dichiarazione Medica, che comprende una sezione sui tuoi precedenti medici, per poterti iscrivere al programma di addestramento subacqueo. Se sei minorenne, devi far firmare questa dichiarazione ad un genitore o ad un tutore.

La subacquea è un'attività eccitante ed impegnativa. Quando viene svolta correttamente, applicando le tecniche corrette, è molto sicura. Comunque, quando le norme di sicurezza previste non vengono seguite, i rischi aumentano.

Anamnesi del Partecipante

Al partecipante: Lo scopo di questo questionario medico è di scoprire se dovresti farti esaminare dal tuo dottore prima di partecipare ad un addestramento subacqueo ricreativo. Una risposta affermativa ad una delle domande non ti esclude automaticamente dalla subacquea. Una risposta affermativa significa che c'è una preesistente condizione che potrebbe influire sulla tua sicurezza e che devi richiedere il parere del tuo medico prima di intraprendere qualsiasi attività subacquea.

- _____ Potresti essere incinta o stai cercando di esserlo?
 _____ Prendi regolarmente medicinali prescritte o no? (con l'eccezione dei contraccettivi o pillole anti-malaria).
 _____ Hai superato i 45 anni di età e hai uno o più dei seguenti?
- fumi abitualmente pipa, sigari o sigarette
 - hai un alto tasso di colesterolo
 - hai avuto casi di attacchi di cuore o ictus in famiglia
 - stai attualmente seguendo cure mediche
 - hai la pressione alta
 - hai il diabete mellito, anche se controllato da una dieta

Hai mai avuto o hai attualmente...

- _____ Asma, o respirazione rumorosa a riposo o dopo l'esercizio fisico?
 _____ frequenti raffreddori, sinusiti o bronchiti?
 _____ qualsiasi forma di malattia dei polmoni?
 _____ un pneumotorace (polmone collassato)?
 _____ anamnesi di chirurgia polmonare?
 _____ claustrofobia o agorafobia (paura degli spazi chiusi o aperti, panico)?
 _____ epilessia, attacchi epilettici, convulsioni o prendi medicinali per prevenirli?
 _____ frequenti emicranie o prendi medicinali per prevenirle?
 _____ episodi di mancamenti o svenimenti (totale/ parziale perdita di sensi)?
 _____ soffri spesso di mal di macchina, mal di mare ecc.?
 _____ dissenteria o disidratazione che richiedono cure mediche?

Per immergersi in sicurezza, non devi essere eccessivamente in sovrappeso o fuori forma. L'immersione può essere faticosa in certe condizioni. Il tuo sistema circolatorio e respiratorio deve essere in buona salute. Tutte le cavità aeree del corpo devono essere normali ed in salute. Una persona con un problema cardiaco, un raffreddore o una congestione in corso, epilessia, asma, un grave problema medico o che sia sotto l'effetto di alcool o droghe non dovrebbe immergersi. Se stai prendendo medicinali, hai l'asma, problemi cardiaci, altre malattie croniche, consulta il tuo medico e l'istruttore prima di partecipare a questo programma e mantieni una forma fisica accettabile. Avrai anche bisogno di imparare dall'istruttore le importanti regole di sicurezza riguardanti la respirazione e la compensazione durante le immersioni. Un uso improprio dell'attrezzatura subacquea può causare serie lesioni. Dovrai ricevere un'approfondito addestramento sotto la supervisione di un istruttore qualificato per utilizzarla in modo sicuro.

Se avessi qualsiasi altra domanda su questa Dichiarazione Medica o sulla sezione dell'Anamnesi Medica, rivedile con il tuo istruttore prima di firmare.

Per favore rispondi a queste domande sulla tua anamnesi medica passata o presente con un **SI** o un **NO**. Se non sei sicuro rispondi **SI**. Se qualunque di queste voci è applicabile a te, dobbiamo chiederti di consultare un medico prima di partecipare all'attività subacquea. Il formulario per il tuo medico si trova sul retro.

- _____ anamnesi di incidenti subacquei o malattia da decompressione?
 _____ incapacità di eseguire sforzi moderati? (camminare 1,6 chilometri in 12 minuti)?
 _____ traumi cranici con perdita di conoscenza negli ultimi cinque anni?
 _____ episodi ricorrenti di problemi alla schiena?
 _____ una storia di chirurgia alla schiena?
 _____ problemi diabetici?
 _____ episodi di problemi a schiena, braccia, gambe in seguito a chirurgia, lesioni o fratture?
 _____ una anamnesi di alta pressione o prendi medicinali per controllare la pressione?
 _____ malattie cardiache?
 _____ crisi cardiache o infarti?
 _____ angina pectoris / chirurgia cardiaca o vascolare?
 _____ una anamnesi di chirurgia a orecchie o seni?
 _____ una anamnesi di malattie dell'orecchio, perdita d'udito o problemi d'equilibrio?
 _____ storia di problemi di compensazione (orecchie otturate) sugli aerei o in montagna?
 _____ una anamnesi di emorragie o altri disturbi circolatori?
 _____ una anamnesi di qualsiasi genere di ernia?
 _____ una anamnesi di ulcere o di chirurgia specifica?
 _____ problemi con lo stomaco o con gli intestini?
 _____ una anamnesi di abuso di alcool o droghe negli ultimi cinque anni?

Le informazioni che ho fornito sulla mia anamnesi sono accurate al massimo delle mie conoscenze. Sono d'accordo ad accettare le responsabilità di qualsiasi omissione riguardante una qualsiasi condizione di salute presente o passata.

_____ Firma

_____ Data

_____ Firma dei genitori o tutori se necessari

_____ Data

STUDENTE

Per favore scrivi in modo leggibile.

Cognome/Nome _____ Data di nascita _____
(giorno/mese/anno)

Indirizzo _____

Città/Provincia _____

Nazione _____ C.A.P. _____

Tel. abitazione () _____ Tel. ufficio () _____

E-mail _____ FAX _____

Nome e indirizzo del tuo medico di famiglia o personale

Nome _____ Clinica/ospedale _____

Indirizzo _____

Data dell'ultimo esame medico _____

Nome dell'esaminatore _____ Clinica/ospedale _____

Indirizzo _____

Telefono () _____ E-mail _____

Ti è mai stato richiesto un esame per la subacquea? Sì No Se sì, quando? _____

MEDICO

Questa persona intende partecipare ad un corso o ha un brevetto di immersione con ARA (autorespiratore ad aria) pertanto chiede l'opinione del Medico sulla sua idoneità fisica a partecipare ad attività subacquee.

Impressioni del medico

- Non ritrovo alcuna condizione che considero incompatibile con la subacquea.
- Non sono in grado di raccomandare questo individuo per l'attività subacquea.

Osservazioni _____

Firma del medico _____ Data _____
(giorno/mese/anno)

Nome _____ Clinica/ospedale _____

Indirizzo _____

Telefono () _____ E-mail _____