



МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА страница 1 (из 2)

Имя: _____

** ВАЖНО – ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧТИТЕ **

Фридайвинг – это активный вид деятельности, выполняемой под водой, который в определенных условиях может повысить риск получения травмы. Этот риск может быть значительно выше в зависимости от состояния вашего здоровья. Такое состояние здоровья не обязательно может являться фактором безопасности при выполнении других физических нагрузок или спорта. Поэтому AIDA применяет следующую анкету, чтобы ознакомить вас с этим состоянием. Пренебрежение состоянием здоровья перед нырянием с задержкой дыхания угрожает вашему здоровью и безопасности, а также безопасности любого лица, с которым вы можете нырять в дальнейшем.

Цель данной медицинской анкеты – выяснить, следует ли вам пройти осмотр врача перед участием в тренировке по фридайвингу. Положительный ответ на вопрос не обязательно делает вас непригодным к фридайвингу. Положительный ответ означает, что имеется предварительное состояние здоровья, которое может угрожать вашей безопасности при занятии фридайвингом, и что вы **ДОЛЖНЫ** проконсультироваться у врача до начала занятий фридайвингом. Врач должен расписаться в нижней части бланка в подтверждение того, что он/она не обнаружил состояния здоровья, которое было бы несовместимо с занятием фридайвингом, если на какой-либо из вопросов поставлен ответ «ДА».

Просим ответить на следующие вопросы о вашем прошлом и настоящем состоянии здоровья, поставив отметку в колонке «**ДА**» или «**НЕТ**».

		ДА	НЕТ
1	Неврологические заболевания: в особенности какие-либо случаи эпилепсии, нарушений мозгового кровообращения, операций головного мозга, повторяющихся провалов памяти или обмороков, сильной мигрени или аневризмы кровеносных сосудов головного мозга		
2	Сердечнососудистые заболевания: в особенности инфаркт миокарда, хирургические операции на сердце, сердечная аритмия, неконтролируемое повышение давления		
3	Легочные заболевания: в особенности случаи спонтанного коллапса легкого, разрыва легких вследствие травмы, кисты или воздушных карманов легких, тяжелые повреждения легочной ткани, эмфизема легких или любые проблемы, мешающие вам дышать		
4	Заболевания ушей: постоянные отверстия в барабанной перепонке, случаи разрыва барабанной перепонки, постоянные пробки в барабанных перепонках, тяжелые нарушения слуха или потеря слуха в одном или обоих ушах, крупные операции уха		
5	Заболевания синусов: опухоли, полипы, кисты пазух и носовых проходов, крупные операции на синусах или стойкие инфекции пазух		
6	Астма: случаи астмы и приступов астмы. Любые случаи свистящего дыхания, вызванные физическими упражнениями, тревогой, холодом, усталостью и пр. Любое состояние, требующее лечения и/или использования ингалятора для контроля свистящего дыхания		
7	Сахарный диабет: в особенности диабет I типа (инсулинозависимый) или диабет II типа, требующий применения инсулина или пероральных препаратов для контроля. Любая форма сахарного диабета, являющаяся непостоянной, «плавающей» или приводящей к эпизодическим случаям гипогликемии (низкий уровень сахара в крови), гипергликемии (очень высокий уровень сахара в крови), или связанная с болезнью почек, болезнью глаз, заболеваниями сердца или заболеваниями кровеносных сосудов		
8	Беременность: если вы беременны или планируете забеременеть		
9	Заболевания при занятии фридайвингом/дайвингом: предыдущие случаи заболеваний во время занятия дайвингом, декомпрессионная болезнь внутреннего уха		
10	Лекарства: любое лекарство, принимаемое на регулярное основе, выписанное врачом		
11	Основные медицинские проблемы: любое неупомянутое физическое и/или эмоциональное состояние, которое может повлиять на вашу безопасность под водой или ваше умственное состояние в условиях физического или эмоционального стресса		

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА страница 2 (из 2)

Я подтверждаю, что ответил на все вопросы точно и честно.

Подпись: _____

Фамилия, имя фридайвера: _____
(ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Дата рождения*: _____

Дата заполнения: _____

*если фридайверу меньше 18 лет, также должна быть подпись родителей/опекуна

Подпись родителей или опекуна участника: _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ (ЕСЛИ НА СТРАНИЦЕ 1 БЫЛИ ОТМЕТКИ «ДА»)

- Я не обнаружил никаких медицинских противопоказаний, которые были бы несовместимы с фридайвингом
- Я не могу рекомендовать этому человеку занятия фридайвингом

Подпись врача: _____

Фамилия, имя врача: _____
(ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Дата заполнения: _____

Телефон врача: _____

Печать или почтовый адрес врача:

Моя подпись подтверждает, что я полностью проверил медицинскую анкету заявителя и не нахожу противопоказаний для занятия фридайвингом.