

**קרא היטב לפני החתימה.**

תחת תנאים מסוימים, צלילה עלולה להיות מאמצת ביותר. מערכות כלי הדם והנשימה צריכות להיות במצב טוב. על כל חללי האוויר בגוף להיות רגילים ובריאים. לאדם הסובל מבעיות לב, הצטננות, גודש, אפילפסיה, אסטמה, בעיה בריאותית רצינית או הינו תחת השפעת אלכוהול או סמים - אסור לצלול. באם אתה צורך/ת תרופות, היועץ/י עם רופא ועם המדריך לפני השתתפותך בקורס הצלילה. בנוסף, יהיה עליך ללמוד מהמדריך את חוקי הבטיחות הנוגעים לנשימה ולהשוואת לחצים בזמן הצלילה. שימוש לא נכון בציוד הצלילה עלול לגרום לפגיעה רצינית. על מנת להשתמש בציוד הצלילה בצורה בטוחה, חובה עליך לעבור הדרכה מקיפה ממדריך צלילה מוסמך. לשאלות נוספות לגבי ההצהרה הרפואית או סעיפי ההיסטוריה הרפואית, שוחחי/י עם המדריך בטרם תחתום/תחתמי.

בצהרה זו תקבלי/י מידע על סכנות הצלילה ועל ההתנהגות הנדרשת במהלך קורס הצלילה. הינך נדרשת/ת לחתום על ההצהרה על מנת להשתתף בקורס הצלילה הנערך על ידי \_\_\_\_\_ ו- \_\_\_\_\_ הנמצא ב \_\_\_\_\_ שם המועדון \_\_\_\_\_ שם המדריך \_\_\_\_\_

קרא/י הצהרה זו בטרם תחתום/תחתמי עליה. עליך למלא את ההצהרה הרפואית, הכוללת סעיפי היסטוריה רפואית, בכדי להירשם לקורס הצלילה. אם אתה/ה קטיף/ה, הורה או אפוטרופוס חייב לחתום על ההצהרה. צלילה היא פעילות מרתקת ותובענית. במידה ופועלים נכון ומשתמשים בטכניקות הנכונות, צלילה הינה בטוחה מאוד. עם זאת, כאשר חוקי הבטיחות אינם נשמרים, קיימת סכנה. על מנת לצלול בבטחה, לאנשים בעלי משקל חריג במיוחד או כושר גרוע מאוד אסור לצלול.

**היסטוריה רפואית**

**לחניך/ה:**

כוונת השאלון הרפואי הינה להחליט האם אתה זקוק לבדיקה רפואית לפני השתתפותך בקורס הצלילה. תשובה חיובית לשאלה אינה בהכרח פוסלת אותך מצלילה. תשובה חיובית מעידה כי קיימת בעיה העלולה להשפיע על הבטיחות בצלילה וכי עליך להיוועץ עם רופא. ענה/י "כן" או "לא" על השאלות הבאות הנוגעות למצב בריאותך בעבר ובהווה. אם אינך בטוח/ה, ענה/י "כן". במידה ואחד מהמצבים הבאים נוגעים לגביך, או מבקשים שתיבדקי/י אצל רופא בטרם תשתתפי/י בקורס הצלילה. המדריך יספק לך טופס הצהרה רפואית והנחיות כלליות לבדיקה רפואית עבור צלילה ספורטיבית, אותם תיקחי/י אל הרופא.

- \_\_\_\_\_ האם את בהריון או מנסה להרות?
- \_\_\_\_\_ האם אתה נוטלת תרופות בקביעות?
- \_\_\_\_\_ האם אתה מעל גיל 45 והינך
- \* מעשן סיגריות, סיגרים או מקטרת?
- \* סובל מעודף שומנים בדם?
- \* במשפחתך ישנה היסטוריה של התקפי לב או אירועים מוחיים?
- האם הנך סובלת/ת כעת או שסבלת בעבר מ... מ**
- \_\_\_\_\_ אסטמה, או קוצר נשימה במאמץ?
- \_\_\_\_\_ אלרגיות או קדחת השחת?
- \_\_\_\_\_ הצטננות, סינוסיטיס או ברונכיטיס לעיתים תכופות?
- \_\_\_\_\_ סוג כלשהו של מחלת ריאות?
- \_\_\_\_\_ התמוטטות ריאה (פניאומטורקס)?
- \_\_\_\_\_ האם עברת ניתוחי חזה?
- \_\_\_\_\_ פחד ממקומות סגורים (קלסטרופוביה) או פתוחים (אגורופוביה)?
- \_\_\_\_\_ בעיות התנהגות (נפשיות)?
- \_\_\_\_\_ אפילפסיה, פרכוסים, עויתות והאם הנך מקבלת/י טיפול מונע?
- \_\_\_\_\_ מיגרנות קשות והאם הנך מקבלת/י טיפול מונע?
- \_\_\_\_\_ התעלפויות או איבוד הכרה חלקי/מלא?
- \_\_\_\_\_ מחלת נסיעה, מחלת ים (בחילה בנסיעה, הקאה וכד') לעיתים תכופות?
- \_\_\_\_\_ האם עברת תאונות צלילה ו/או טיפול בתא לחץ?
- \_\_\_\_\_ מחלות עמוד שדרה?
- \_\_\_\_\_ ניתוחי עמוד שדרה?
- \_\_\_\_\_ סוכרת?
- \_\_\_\_\_ שברים או ניתוחים בידיים/רגלים?
- \_\_\_\_\_ קושי בביצוע מאמץ גופני (לדוגמא הליכת 1.5 ק"מ תוך 12 דקות)?
- \_\_\_\_\_ יתר לחץ דם (האם הנך תחת טיפול תרופתי לחץ דם)?
- \_\_\_\_\_ מחלות לב?
- \_\_\_\_\_ התקפי לב?
- \_\_\_\_\_ תעוקת-החזה/הלב או ניתוח לב/כלי דם?
- \_\_\_\_\_ ניתוח סינוסים או אוזניים?
- \_\_\_\_\_ מחלות אוזניים, איבוד שמיעה או בעיות של שיווי משקל?
- \_\_\_\_\_ קושי משמעותי בהשוואת לחצים באוזניים במטוס או במקומות גבוהים?
- \_\_\_\_\_ דימומים (מחאף) או הפרעות בקרישת דם?
- \_\_\_\_\_ כל סוגי בקע (קילה)?
- \_\_\_\_\_ כיב (אולקוס) או ניתוח אולקוס?
- \_\_\_\_\_ ניתוח המעי הגס (קולוסטומיה)?
- \_\_\_\_\_ שימוש בסמים או צריכת יתר של אלכוהול?

**המידע שמסרת/י על ההיסטוריה הרפואית שלי הוא מדויק לפי מיטב ידיעתי.**

\_\_\_\_\_ חתימה  
 \_\_\_\_\_ תאריך  
 \_\_\_\_\_ חתימת הורה או אפוטרופוס (אם נדרש)  
 \_\_\_\_\_ תאריך