Modulo medico-subacqueo | Questionario per il partecipante

L'attività d'immersione ricreativa, con autorespiratore o in apnea, richiede una buona salute fisica e mentale. Di seguito sono riportate delle condizioni mediche che possono essere rischiose durante l'immersione. Coloro che hanno una o più di queste condizioni, o vi sono predisposti, dovrebbero essere visitati da un medico. Il presente modulo medico-subacqueo (questionario per il partecipante) fornisce una base per determinare la necessità o meno di sottoporsi a tale visita medica. Se si nutrono delle preoccupazioni circa la propria idoneità all'attività d'immersione su condizioni mediche non rappresentate in questo modulo, si raccomanda di consultare il proprio medico prima di immergersi. Se non ti senti bene, evita di immergerti. Se pensi che potresti aver contratto una malattia infettiva, proteggi te stesso e gli altri non partecipando all'addestramento e/o ad altre attività d'immersione. In questo modulo, la parola "subacquea" indica l'immersione tanto con autorespiratore quanto in apnea. Questo modulo è concepito principalmente come un'iniziale indagine medica rivolta ai nuovi subacquei, ma è indicato anche per i subacquei che stanno continuando la propria formazione. Per la tua sicurezza e quella di chi si immerge con te, rispondi a tutte le domande in modo veritiero.

Istruzioni

Completa il seguente questionario come prerequisito al corso di subacquea con autorespiratore o in apnea.
Nota per le donne: se sei incinta o stai provando a restare incinta, non immergerti.

1	Ho avuto problemi a livello polmonare, respiratorio, cardiaco e/o ematologico che hanno influenzato le mie normali prestazioni fisiche o mentali.	Si ☐ Vai al box **A**	No ☐
2	Ho più di 45 anni.	Si ☐ Vai al box **B**	No ☐
3	Fatico a svolgere esercizio fisico moderato (ad esempio, camminare 1,6 km in 14 minuti o nuotare per 200 metri senza riposare), OPPURE non sono stato in grado di prendere parte a una normale attività fisica per ragioni di forma fisica o salute negli ultimi 12 mesi.	Si ☐*	No ☐
4	Ho avuto problemi agli occhi, alle orecchie o ai seni paranasali.	Si ☐ Vai al box **C**	No ☐
5	Ho subito un'operazione negli ultimi 12 mesi, OPPURE ho tuttora problemi dovuti a un passato intervento chirurgico.	Si ☐*	No ☐
6	Ho perso conoscenza, avuto emicranie, crisi epilettiche, ictus, traumi cranici importanti, o ho una malattia a decorso cronico a livello neurologico.	Si ☐ Vai al box **D**	No ☐
7	Sono attualmente in terapia (o ho avuto bisogno di una terapia negli ultimi 5 anni) per problemi psicologici, disturbi della personalità, attacchi di panico, o per una dipendenza da droghe o alcol; o mi è stato diagnosticato un disturbo dell'apprendimento o dello sviluppo.	Si ☐ Vai al box **E**	No ☐
8	Ho avuto problemi di schiena, ernie, ulcere o diabete.	Si ☐ Vai al box **F**	No ☐
9	Ho avuto problemi gastrici o intestinali, compresa recente diarrea.	Si ☐ Vai al box **G**	No ☐
10	Sto assumendo medicinali soggetti a prescrizione medica (esclusi farmaci anticoncezionali o antimalarici diversi dalla meflochina (Lariam).	Si ☐*	No ☐

Firma del partecipante

Se hai risposto NO a ciascuna delle 10 domande in alto, non è richiesta una visita medica. Per favore, leggi e accetta la sottostante dichiarazione del partecipante firmandola e datandola.

Dichiarazione del partecipante: ho risposto a tutte le domande in modo veritiero e comprendo di accettare la responsabilità per qualsiasi conseguenza derivante dal non aver risposto correttamente a una qualsiasi delle domande o per non aver rivelato condizioni mediche attuali o passate.

Firma del partecipante (o, se minore, del genitore o tutore del partecipante) _____ Data (gg/mm/aaaa) _____

Nome del partecipante (leggibile) _____ Data di nascita (gg/mm/aaaa) _____

Nome dell'Istruttore (leggibile) _____ Nome della struttura (leggibile) _____

* **Se hai risposto SÌ** alle domande 3, 5 o 10 **OPPURE** a una qualsiasi delle domande di pagina 2, per favore leggi e accetta la dichiarazione in alto firmandola e datandola **E porta le tre pagine di questo modulo (il Questionario del Partecipante e il Modulo di Valutazione del Medico) al tuo medico** per una valutazione. La partecipazione al corso subacqueo richiede l'approvazione del tuo medico.

© 2020

Nome del partecipante **Data di nascita**

(Leggibile) Data (gg/mm/aaaa)

Modulo medico-subacqueo | Seguito del questionario del partecipante

BOX A - HO / HO AVUTO:		
Un intervento chirurgico al torace, al cuore, alle valvole cardiache, un dispositivo medico impiantabile (ad es., stent, pacemaker, neurostimolatore) o uno pneumotorace (polmone collassato)..	SI ☐*	No ☐
Asma, dispnea, allergie gravi, febbre da fieno o vie aeree congestionate negli ultimi 12 mesi che limitano la mia attività/esercizio fisico.	SI ☐*	No ☐
Un problema o malattia riguardante il mio cuore come: angina, dolore al petto quando sotto sforzo, insufficienza cardiaca, edema polmonare da immersione, attacco di cuore o ictus, OPPURE sto assumendo farmaci per una qualsivoglia condizione cardiaca.	SI ☐*	No ☐
Bronchite ricorrente e tuttora tosse negli ultimi 12 mesi, OPPURE mi è stato diagnosticato un enfisema.	SI ☐*	No ☐
Sintomi che hanno riguardato i polmoni, la respirazione, il cuore e/o il sangue negli ultimi 30 giorni, tali da limitare le mie prestazioni fisiche o mentali.	SI ☐*	No ☐

BOX B - HO PIÙ DI 45 ANNI E:		
Fumo o inalo nicotina in altri modi.	SI ☐*	No ☐
Ho un livello alto di colesterolo.	SI ☐*	No ☐
Ho pressione arteriosa alta.	SI ☐*	No ☐
Un mio stretto consanguineo è morto improvvisamente per malattia cardiaca o ictus prima dei 50 anni di età, OPPURE ho una storia familiare di malattie cardiache prima dei 50 anni di età (inclusi ritmo cardiaco anormale, patologia coronarica o cardiomiopatia).	SI ☐*	No ☐

BOX C - HO / HO AVUTO:		
Un intervento chirurgico ai seni paranasali negli ultimi 6 mesi.	SI ☐*	No ☐
Una patologia auricolare o un'operazione chirurgica all'orecchio, perdita di udito o problemi di equilibrio.	SI ☐*	No ☐
Sinusite ricorrente negli ultimi 12 mesi.	SI ☐*	No ☐
Intervento di chirurgia a livello oculare negli ultimi 3 mesi.	SI ☐*	No ☐

BOX D - HO / HO AVUTO:		
Un trauma cranico con perdita di coscienza negli ultimi 5 anni.	SI ☐*	No ☐
Una patologia neurologica cronica.	SI ☐*	No ☐
Emicrania ricorrente negli ultimi 12 mesi o assumo farmaci per prevenirla.	SI ☐*	No ☐
Perdita di sensi o svenimenti (totale/parziale perdita di coscienza) negli ultimi 5 anni.	SI ☐*	No ☐
Epilessia, uno o più episodi di crisi convulsive, OPPURE assumo farmaci per prevenirli.	SI ☐*	No ☐

BOX E - HO / HO AVUTO:		
Problemi comportamentali, mentali o psicologici che richiedono terapia medica/psichiatrica.	SI ☐*	No ☐
Forte depressione, idee suicidarie, attacchi di panico, disturbo bipolare non controllato che richiede terapia farmacologica/psichiatrica.	SI ☐*	No ☐
Una diagnosi di malattia mentale o di disturbo dell'apprendimento/sviluppo che richiede una cura continua o speciali adattamenti.	SI ☐*	No ☐
Una dipendenza da droghe o alcol che richiede terapia negli ultimi 5 anni.	SI ☐*	No ☐

BOX F - HO / HO AVUTO:		
Problemi di schiena ricorrenti negli ultimi 6 mesi che limitano la mia vita quotidiana.	SI ☐*	No ☐
Un intervento chirurgico alla schiena o alla colonna vertebrale negli ultimi 12 mesi.	SI ☐*	No ☐
Diabete, controllato mediante farmaci o dieta, OPPURE diabete gestazionale negli ultimi 12 mesi.	SI ☐*	No ☐
Un'ernia non corretta che limita le mie abilità fisiche.	SI ☐*	No ☐
Ulcere attive o non trattate, problematiche di cicatrizzazione o un'operazione per ulcera negli ultimi 6 mesi.	SI ☐*	No ☐

BOX G - HO AVUTO:		
Un intervento di stomia e non ho l'autorizzazione medica per nuotare o praticare attività fisica.	SI ☐*	No ☐
Disidratazione tale da richiedere intervento medico negli ultimi 7 giorni.	SI ☐*	No ☐
Ulcere gastriche o intestinali attive non curate o un'operazione per ulcera negli ultimi 6 mesi.	SI ☐*	No ☐
Frequente bruciore di stomaco, rigurgito o malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE).	SI ☐*	No ☐
Patologia quale Rettocolite ulcerosa o morbo di Crohn attiva o non controllata.	SI ☐*	No ☐
Un intervento di chirurgia bariatrica negli ultimi 12 mesi.	SI ☐*	No ☐

*Richiesta la valutazione di un medico (vedi pagina 1).

© 2020

Modulo medico-subacqueo | Modulo di valutazione del medico esaminatore

Nome del partecipante (Leggibile) **Data di nascita** Data (gg/mm/aaaa)

La persona sopramenzionata richiede la Sua opinione circa la propria idoneità a partecipare a un addestramento o attività di immersione ricreativa con autorespiratore o in apnea. Per favore, visiti il sito uhms.org per un orientamento medico sulla relazione tra condizioni mediche e subacquea. Controlli le aree rilevanti per il suo paziente come parte della Sua valutazione.

Esito della valutazione

☐ Approvato - Non ravviso condizioni che reputo incompatibili con la subacquea ricreativa con autorespiratore o in apnea.

☐ Non approvato - Ravviso condizioni che reputo incompatibili con la subacquea ricreativa con autorespiratore o in apnea.

Firma del medico

Data (gg/mm/aaaa)

Nome del medico esaminatore (Leggibile)

Attestati clinici/credenziali

Clinica / ospedale

Indirizzo

Telefono

Email

Timbro del medico / della clinica (facoltativo)

Creato dal Diver Medical Screen Committee in collaborazione con le seguenti organizzazioni:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

© DMSC 2020