



名

名字:

在此签上我的名字,我同意对本页的内容负责。

潜水员医疗申明和问卷

在完成潜水员医疗问卷之前,请仔细阅读本医疗声明。本医疗声明提示您,在自由潜水/闭气潜水,休闲水肺潜水和扩展范围("XR")技术潜水中涉及的一些潜在风险。您必须填写并签署医疗问卷才能参加潜水培训计划。如果您是未成年人,您的父母或监护人必须签署医疗问卷。

潜水是一项令人兴奋和高要求的活动。在运用正确的技术和使用适当的装备时,潜水是相对安全的。如果不遵守潜水程序,发生事故并可能导致严重伤害、疾病甚至死亡的风险就会增加。为了舒适和自信的潜水,您需要保持合适的体型,不要超重。即使在最佳条件下,潜水环境也可能是艰苦的。您的呼吸系统及循环系统必须健康。您身体所有的空腔必须是正常和健康的。患有严重冠心病、癫痫、当前感冒或充血或其他医疗禁忌症的人不应潜水。如果受酒精、大麻(或任何含有THC的物质)、安非他明、可卡因、甲基安非他明、任何类型的阿片类药物(羟考酮、苏芬他尼、海洛因、芬太尼)、致幻剂(LSD、西洛西宾蘑菇)、氟卢西宾蘑菇(氟西宾),GHB(摇头丸)或氯胺酮的影响,请勿潜水。如果您有哮喘、心脏病、其他慢性疾病或正在定期服用药物,您应该在参加此计划之前咨询您的医生。如果未来你的医疗状况发生变化,例如在下列某些问题中您需要回答“是”,那么请在潜水前咨询您的医生。您需要为了潜水保持健康的身体。

在潜水训练期间,您将学习有关潜水时呼吸和平衡的重要规则和技术。为了您的安全,您必须遵守这些规则和技术。潜水技术不当、潜水设备使用不当和不正确的呼吸方式都可能导致严重受伤或死亡。您必须在持证教练的正确指导下,学习如何进行潜水活动。试图在没有教练的情况下进行是十分危险的。

如果您对本医疗报告或医疗问卷有任何疑问,请签字前与您的知道教练和医生一起检查。如果您在潜水训练过程中感到不适,或者在完成医疗调查表后,您的健康状况发生了变化,那么您应该通知您的教练,不要贸然进行潜水。

很多潜水员都会有一些特殊定制的装备,比如给近视的人戴上矫正镜片,以及为有牙齿问题或颞下颌关节问题的人定制适合的咬嘴。您认为使用这些类型的专业潜水装备会提高您潜水的舒适度,请随时咨询您的教练进行购买。

许多个人保险,公司的个人医疗保险,甚至国际旅行保险单,都认为潜水是一项危险的娱乐活动,不涵盖高压氧舱、门诊费或与潜水受伤有关的紧急运送费用的报销。有些治疗可能非常昂贵和耗时,而且往往有大额的自付免赔额、共同支付或根本没有保险。因此,SSI强烈建议购买额外的保险,具体包括与潜水有关的紧急情况、紧急运输和医疗。这些政策可通过各种第三方供应商,并应获得之前,任何潜水培训或潜水相关的旅行。

紧急联络人

姓名:

手机

关系

电子邮件



名

名字:

在此签上我的名字,我同意对本页的内容负责。

潜水员医疗问卷

本医疗问卷的目的是确定您是否应该在参加自由潜水/闭气,休闲水肺潜水/或扩展范围(XR)技术潜水前接受医生的检查并与他们协商。一个肯定的答案,不一定会使你失去潜水资格。答案“是”意味着在潜水时存在可能影响您安全的情况,您必须在参加潜水活动之前先咨询医生的建议。

请用“是”或“否”来回答下列问题。如果您不确定,回答“是”。如果您符合其中任何一个条件,我们要求您在参加潜水培训之前咨询医生。您必须下载《休闲潜水员体格检查指南》、《医疗声明》、《医疗问卷》和医生批准潜水表格,以便向医生咨询。在您咨询了医生,并得到医生签署的潜水同意书后,将完整天蝎的潜水医疗问卷和潜水同意书交给您的教练。

您怀孕了吗?或者您准备怀孕吗?

您目前正在服用处方药吗?(除节育或抗疟疾外)

你是否在45岁以上,可以回答下列一个或多个问题?(圈那些申请)

- 目前抽烟斗、雪茄或香烟
- 目前正在接受医疗护理
- 胆固醇过高
- 高血压
- 有心脏病或中风家族史
- 糖尿病,即使仅由饮食控制血糖。

您是否曾经有过或目前是否有以下任何情况?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 哮喘,呼吸时哮喘,或运动时哮喘。 | <input type="checkbox"/> 晕厥还是昏迷(完全或部分失去知觉)? | <input type="checkbox"/> 高血压或服用药物控制血压? |
| <input type="checkbox"/> 经常或严重出现花粉热或过敏症。 | <input type="checkbox"/> 频繁或严重的运动疾病(晕船、晕车等)? | <input type="checkbox"/> 心脏疾病? |
| <input type="checkbox"/> 经常感冒、鼻窦炎或支气管炎吗? | <input type="checkbox"/> 痢疾或需要医疗干预的脱水症状? | <input type="checkbox"/> 心脏病发作? |
| <input type="checkbox"/> 有肺部疾病吗? | <input type="checkbox"/> 是否有潜水事故或减压病? | <input type="checkbox"/> 心绞痛,心脏手术或血管手术? |
| <input type="checkbox"/> 气胸(肺塌陷)? | <input type="checkbox"/> 无法进行适度运动(例如:在12分钟内步行1.6公里/1英里)? | <input type="checkbox"/> 鼻窦手术? |
| <input type="checkbox"/> 有其他的胸科疾病或做过胸外科手术吗? | <input type="checkbox"/> 过去五年中头部损伤失去知觉? | <input type="checkbox"/> 耳部疾病或手术,听力受损或平衡问题? |
| <input type="checkbox"/> 行为健康,精神或心理问题(恐慌发作,对封闭或开放空间的恐惧)? | <input type="checkbox"/> 复发性背部疾病,背部或脊柱手术? | <input type="checkbox"/> 复发性耳部疾病? |
| <input type="checkbox"/> 癫痫、癫痫发作、惊厥或服用药物来预防? | <input type="checkbox"/> 糖尿病? | <input type="checkbox"/> 正在出血或其他血液疾病? |
| <input type="checkbox"/> 复发性偏头痛或需要服药预防? | <input type="checkbox"/> 背部及四肢是否有受伤、骨折或手术等问题? | <input type="checkbox"/> 疝气? |
| | | <input type="checkbox"/> 溃疡或溃疡手术? |
| | | <input type="checkbox"/> 结肠切除或回肠切除? |
| | | <input type="checkbox"/> 过去五年中是否有吸毒或酗酒? |

就我所知,本人所提供关于我的病史信息是准确无误的。本人理解并同意,如不说明任何过去或现有的医疗情况,可能导致严重伤害或死亡,本人明确承担任何因隐瞒已存在或过去的医疗情况而引起的任何及所有风险。

参与者姓名(打印)

父母/监护人打印名字(签署时间)

参与者签名

父母/监护人签名(签署时间)

日期(日/月/年)

日期(日/月/年)