



MEDICAL STATEMENT



Si prega di leggere attentamente prima di firmare.

Questa dichiarazione informa l'allievo dei rischi potenziali della subacquea e della condotta richiesta durante il programma di apprendimento. La firma dell'allievo su questa dichiarazione è obbligatoria se vuole partecipare al programma di addestramento subacqueo offerto dall'Istruttore LORENZO BERTI e dal Training Facility LORENZO SUB MANTOVA ubicato nella città di MANTOVA Nazione ITALIA.

Il subacqueo per iscriversi al programma di apprendimento deve leggere e discutere con l'Istruttore questa dichiarazione prima di firmarla e compilare la dichiarazione medica, che include la sezione della storia medica, se minorenne la dichiarazione deve essere sottoscritta dal genitore.

La subacquea è un'attività eccitante ma anche faticosa, se praticata in modo adeguato applicando le tecniche corrette è molto sicura, ma se le procedure di sicurezza stabilite non vengono rispettate, esistono dei potenziali pericoli.

ANAMNESI MEDICA

Per il partecipante:

Lo scopo della seguente anamnesi medica è di verificare se il partecipante deve sottoporsi a una visita medica prima di partecipare ad un corso di subacquea ricreativa. Una risposta positiva ad una domanda non necessariamente significa che la persona non può partecipare alle immersioni, ma che c'è una condizione preesistente che può mettere in forse la sua sicurezza durante l'immersione e quindi è necessario un parere medico.

- NO Potresti essere incinta o stai cercando di rimanerci?
NO Prendi regolarmente dei medicinali con ricetta medica? (ad eccezione della pillola anticoncezionale o della profilassi anti-malaria)
NO Hai superato i 45 anni di età e potresti rispondere SI a una o più delle seguenti domande:
- fumi regolarmente la pipa, sigari o sigarette;
 - hai un alto tasso di colesterolo;
 - hai una predisposizione familiare all'infarto;
 - sei attualmente sotto cura medica;
 - soffri di ipertensione;
 - soffri di diabete, anche se tenuto sotto controllo con una dieta corretta.

Hai mai avuto o soffri abitualmente di:

- NO asma, o respiro affannoso, o respiro affannoso durante l'attività fisica?
NO Frequenti o gravi attacchi allergici?
NO Frequenti influenze, sinusiti o bronchiti?
NO Una qualche forma di malattia ai polmoni?
NO Pneumotorace (collasso dei polmoni).
NO Altre malattie polmonari o operazione al torace
NO Problemi comportamentali, mentali o psicologici (attacchi di panico, paura di spazi chiusi/aperti)?
NO Epilessia, crisi epilettiche, convulsioni o prendi delle medicine per prevenire ciò?
NO Emicrania o ricorrenti mal di testa o prendi delle medicine per prevenirli?

Per immergersi in sicurezza, non bisogna essere eccessivamente in sovrappeso o fuori forma, il sistema respiratorio e circolatorio devono essere in buono stato, tutti gli spazi aerei del corpo devono essere normali e in salute. Una persona con problemi al cuore o con i postumi di una recente influenza o bronchite, epilessia, asma, o un problema medico serio o chi è sotto l'influenza dell'alcol o di droghe non deve partecipare a questo programma. Se il subacqueo prende dei medicinali deve consultare il proprio medico e l'Istruttore prima di partecipare a questo programma. Il subacqueo dovrà inoltre imparare dall'Istruttore importanti regole riguardanti la sicurezza, la respirazione e la compensazione da applicare durante l'immersione. L'uso improprio dell'attrezzatura può causare un incidente serio, pertanto il subacqueo per immergersi in sicurezza deve impararne l'uso corretto sotto la diretta supervisione di un Istruttore qualificato.

Se ci sono domande riguardo questa dichiarazione medica o sulla sezione della storia medica, l'allievo deve rivederle con l'Istruttore prima di firmare.

L'allievo deve rispondere alle seguenti domande sulla propria storia medica attuale e passata mettendo un **SI** o un **NO**, nel dubbio, rispondere **SI**. Se è presente una delle seguenti condizioni fisiche il partecipante deve consultare il medico prima di partecipare all'immersione, l'Istruttore fornirà la Dichiarazione Medica PADI e le Linee Guida per la Visita Medica per la Subacquea Ricreativa da consegnare al medico.

- NO Mancamenti o svenimenti (totale/parziale perdita di conoscenza)?
NO Episodi frequenti o gravi di malessere da movimento (mal di mare o mal d'auto)?
NO Dissenteria o disidratazione da richiedere un intervento medico?
NO Hai avuto un incidente subacqueo o una malattia da decompressione?
NO Inabilità di eseguire esercizio moderato (esempio: camminare circa 2 chilometri in 12 minuti).
NO Trauma cranico con perdita di conoscenza negli ultimi cinque anni?
NO Problemi alla schiena cronici?
NO Operazioni alla schiena o alla spina dorsale?
NO Diabete?
NO Problemi alla schiena, braccia o gambe a seguito di operazione, fratture o lesioni?
NO Pressione alta o prendi medicine per controllare la pressione?
NO Malattie cardiache?
NO Hai avuto attacchi di cuore?
NO Soffri di angina o hai subito operazioni al cuore o ai vasi sanguigni?
NO Operazioni alle orecchie o ai seni nasali?
NO Malattia dell'orecchio, perdita di udito o problemi di equilibrio?
NO Problemi ricorrenti alle orecchie?
NO Emorragie o altri problemi circolatori?
NO Ernia?
NO Soffri di ulcera o sei stato operato di ulcera?
NO Colostomia o ileostomia?
NO Abuso o trattamento di alcol o droghe, negli ultimi cinque anni?

Le informazioni da me fornite circa la mia storia medica sono accurate e rappresentano la mia migliore consapevolezza. Accetto ogni responsabilità per eventuali informazioni omesse riguardanti la condizione fisica attuale o passata.

Firma del partecipante

Data

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Data

Pagina 1-6





ALLIEVO

Si prega di scrivere in stampatello

Nome e Cognome _____ data di nascita _____ Età _____

Indirizzo _____

Città _____ Provincia _____ Stato _____ CAP _____

Tel. Casa () _____ Tel ufficio () _____ Fax () _____

Email _____

Nome e indirizzo del medico di famiglia o dello specialista

Dott. _____ Ospedale/Clinica _____

Indirizzo _____ Tel () _____

Data dell'ultima visita medica _____ Nome del medico _____

Ambulatorio/Ospedale _____

Indirizzo _____ Tel () _____

Ti è mai stata richiesta una visita medica per la subacquea?

Sì No Se SI, quando? _____

MEDICO

La persona sopracitata intende partecipare a un corso o è già in possesso di brevetto subacqueo e vuole continuare l'attività, è richiesto il parere medico sul suo stato di salute (prendere visione delle linee guida per la Visita medica per la subacquea).

Parere del medico

- Non ci sono condizioni mediche ostative alla pratica della subacquea.
- Sono presenti condizioni fisiche che impediscono la pratica dell'attività subacquea.

Note:

_____ data _____

Firma del medico

Dott. _____ Ospedale/Ambulatorio _____

Indirizzo _____

Tel () _____ Email _____

