

DECLARAÇÃO MÉDICA

Ficha do participante (informações confidenciais)

Por favor, leia cuidadosamente antes de assinar.

Esta declaração lhe fornece informações sobre alguns possíveis riscos relacionados ao mergulho autônomo e descreve a conduta à qual você deve aderir durante o programa de treinamento em mergulho autônomo. A sua assinatura nesta declaração é requerida a fim de que você possa participar no programa de treinamento em mergulho autônomo oferecido

por _____ e
Instrutor

_____ localizado na
Estabelecimento

cidade de _____, estado/território de _____.

Leia esta declaração antes de assiná-la. Para que você possa matricular-se no programa de treinamento em mergulho autônomo, você deve preencher esta Declaração Médica, a qual inclui o seu histórico médico. Se você for menor de idade, esta declaração deve ser assinada por um dos pais ou um tutor legal.

Mergulhar é uma atividade emocionante que exige muito esforço físico. Quando realizada corretamente, utilizando as técnicas corretas, ela é uma

atividade relativamente segura. No entanto, esta atividade pode ser perigosa caso os procedimentos de segurança estabelecidos não forem obedecidos.

Para mergulhar com segurança, você não pode ser extremamente obeso nem estar fora de forma. O mergulho, sob certas condições, pode ser estrênuo. Seus sistemas respiratório e circulatório devem estar em boas condições físicas. Todas as vias aéreas devem estar numa condição normal e saudável. Uma pessoa com doença coronária, com gripe ou congestão, epilepsia, um problema médico grave, ou que esteja sob os efeitos de álcool ou drogas não deve mergulhar. Se você sofrer de asma, doença cardíaca, outras condições médicas crônicas ou estiver tomando medicamentos regularmente, deve consultar o seu médico e o instrutor antes de participar neste programa e regularmente após concluí-lo. O seu instrutor também lhe ensinará as importantes regras de segurança referentes à respiração e à equalização durante um mergulho autônomo. O uso inadequado do equipamento de mergulho autônomo pode resultar em lesões graves. Para usar o equipamento com segurança, você deve aprender como usá-lo sob a supervisão direta de um instrutor qualificado.

Caso você tenha qualquer outra dúvida sobre esta Declaração Médica ou sobre o Histórico Médico, discuta-as com o seu instrutor antes de assinar.

Histórico médico

Ao participante:

O objetivo deste questionário médico é determinar se você deve ser examinado por um médico antes de participar em treinamento para certificação como mergulhador recreativo. Uma resposta positiva a uma pergunta não significa que você esteja desqualificado para mergulhar. Uma resposta positiva indica a existência de uma condição pré-existente que pode afetar a sua segurança durante um mergulho e a necessidade de uma consulta médica antes de envolver-se em atividades de mergulho.

- _____ É possível que você esteja grávida, ou você está tentando ficar grávida?
- _____ Você está tomando atualmente medicamentos receitados por um médico? (com exceção de anticoncepcionais e medicamentos contra malária)
- _____ Você tem mais de 45 anos de idade e apresenta uma ou mais das seguintes características?
 - atualmente fuma cachimbo, charutos ou cigarros
 - tem um alto nível de colesterol
 - pertence a uma família com histórico de ataques cardíacos ou derrames
 - está atualmente recebendo cuidados médicos
 - alta pressão sanguínea
 - diabetes melito, mesmo se controlada exclusivamente por dieta

Você já teve ou tem atualmente...

- _____ Asma, respiração ofegante ou respiração ofegante ao exercitar-se?
- _____ Ataques alérgicos ou de febre do feno freqüentes ou severos?
- _____ Resfriados freqüentes, sinusite ou bronquite?
- _____ Qualquer forma de doença pulmonar?
- _____ Pneumotórax (colapso pulmonar)?
- _____ Outro tipo de doença ou cirurgia no tórax?
- _____ Problemas comportamentais, mentais ou psicológicos (ataque de pânico, claustrofobia ou agorafobia)?
- _____ Epilepsia, convulsões ou toma medicamentos preventivos?
- _____ Enxaquecas contínuas ou toma medicamentos preventivos?
- _____ Histórico de síncope ou desmaios (perda total ou parcial de consciência)?

- _____ Você fica freqüentemente enjoado (em automóveis ou barcos)?
- _____ Desintéria ou desidratação que requeira intervenção médica?
- _____ Qualquer acidente de mergulho ou doença descompressiva?
- _____ Incapacidade de fazer exercícios moderados (por ex.: caminhar 1,6 quilômetros em 12 minutos)?
- _____ Lesão cranial com perda de consciência nos últimos cinco anos?
- _____ Problemas recorrentes nas costas?
- _____ Cirurgia dorsal ou na coluna?
- _____ Diabetes?
- _____ Problemas nas costas, nos braços ou nas pernas após uma cirurgia, lesão ou fratura?
- _____ Pressão alta ou toma medicamentos para controlar a pressão?
- _____ Doença cardíaca?
- _____ Ataque cardíaco?
- _____ Angina, cirurgia cardíaca ou cirurgia nos vasos sanguíneos?
- _____ Cirurgia no seio paranasal?
- _____ Doença ou cirurgia nos ouvidos, perda de audição ou problemas com equilíbrio?
- _____ Problemas recorrentes nos ouvidos?
- _____ Hemorragias ou outros distúrbios sanguíneos?
- _____ Hérnia?
- _____ Úlceras ou cirurgia de úlceras?
- _____ Colostomia ou ileostomia?
- _____ Uso ou tratamento de uso de drogas ou alcoolismo nos últimos cinco anos?

Ao que me é dado saber, as informações por mim fornecidas sobre o meu histórico médico são corretas. Concordo em me responsabilizar por omissões devidas à minha não divulgação de qualquer condição de saúde atual ou passada.

Assinatura

Data

Assinatura de um dos pais ou de um tutor legal

Data

ALUNO

Favor imprimir com nitidez.

Nome completo _____ Data de nascimento _____ Idade _____
Dia/Mês/Ano

Endereço postal _____

Cidade _____ Estado/Província _____

País _____ CEP/Código postal _____

Telefone domiciliar () _____ Telefone comercial () _____

E-mail _____ FAX _____

Nome e endereço do seu médico familiar ou principal

Médico _____ Clínica/Hospital _____

Endereço _____

Data do último exame médico _____

Nome do examinador _____ Clínica/Hospital _____

Endereço _____

Telefone () _____ E-mail _____

Você já teve que fazer um exame médico para mergulhar? Sim Não Em caso positivo, quando? _____

MÉDICO

Esta pessoa é um requerente para treinamento ou é atualmente certificado para praticar mergulho autônomo (com aparato submarino de respiração autônoma). A sua opinião sobre a aptidão física do requerente para o mergulho autônomo é solicitada. Por favor, leia as Diretrizes para o Exame Médico do Mergulhador Autônomo Recreativo anexas.

Comentários do médico

- Não encontrei nenhuma condição médica que considero incompatível com o mergulho.
- Não posso recomendar este indivíduo para o mergulho.

Observações _____

_____ Data _____
Assinatura do médico ou de seu representante legal Dia/Mês/Ano

Médico _____ Clínica/Hospital _____

Endereço _____

Telefone () _____ E-mail _____