



Registro do Participante na Declaração Médica (Informação Confidencial)



Por favor, leia atentamente antes de assinar.

Esta é uma declaração em que você é informado de alguns possíveis riscos envolvidos no mergulho autônomo e da sua exigida conduta durante o programa de treinamento scuba. Sua assinatura nessa declaração é exigida para que você possa participar do programa de treinamento scuba. Além disso, se durante os seus programas de mergulho autônomo houver qualquer mudança na sua condição de saúde, é importante que você informe imediatamente ao seu instrutor.

Ler essa declaração antes de assiná-la. Você deve preencher essa Declaração Médica, que inclui uma seção de questionário médico, para se matricular no programa de treinamento scuba. Se você for menor de idade, essa Declaração deve estar assinada pelos pais ou responsável. O mergulho é uma atividade excitante e exigente. Quando praticado corretamente, aplicando as técnicas corretas, é relativamente seguro. Entretanto, quando os procedimentos de segurança estabelecidos não são seguidos, há um risco adicional.

Para um mergulho autônomo com segurança, você não deve estar acima do peso ou sem preparo físico. Mergulhar pode ser extenuante sob certas

condições. Seus sistemas respiratórios e circulatórios devem estar em boa condição. Todas as vias aéreas do corpo devem estar normais e saudáveis. Uma pessoa com doença cardíaca, resfriada ou congestionada, que possua epilepsia, um grave problema médico ou que esteja alcoolizado ou drogado não deve mergulhar. Se você tiver asma, uma doença cardíaca, outra condição médica crônica ou tomar remédios regularmente, você deve consultar seu médico e o instrutor antes de participar desse programa, e, desde então, terminar. Você também aprenderá com o instrutor a importância das regras de segurança concernentes à respiração e à equalização durante o mergulho. O uso inapropriado dos equipamentos de mergulho pode resultar em lesões graves. Você deve estar perfeitamente instruído quanto ao uso de acordo com a supervisão direta de instrutor qualificado para utilizá-lo com segurança.

Se você possui quaisquer perguntas adicionais concernentes a essa seção da Declaração ou Questionário Médicos, revise-as com seu instrutor antes de assiná-la.

Questionário Médico

Aos Participantes:

O propósito desse Questionário Médico é descobrir se você deve consultar seu médico antes de participar de um treinamento de mergulho recreativo. Uma resposta positiva a uma pergunta, necessariamente, não o desqualifica do mergulho. Uma resposta positiva significa que há uma condição preexistente que pode afetar sua segurança durante um mergulho e que você deve consultar seu médico antes de começar as atividades de mergulho.

Por favor, responda às seguintes perguntas segundo sua história médica atual ou passada com um SIM ou NÃO. Se você não estiver seguro, responda SIM. Se quaisquer desses itens se aplicam a você, requeremos que você consulte um médico antes de participar de um mergulho. Seu instrutor lhe fornecerá a Declaração Médica RSTC e o Guia para a Examinação Física dos Scuba Divers Recreacionais para levar para seu médico.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Você pode estar ou está tentando ficar grávida? | <input type="checkbox"/> Pneumotórax (pulmão colapsado)? | <input type="checkbox"/> Cirurgia nas costas ou na coluna? |
| <input type="checkbox"/> Você está tomando remédios com prescrição médica atualmente? (exceto anticoncepcionais ou antimalárico) | <input type="checkbox"/> Outra doença ou cirurgia torácica? | <input type="checkbox"/> Diabetes? |
| <input type="checkbox"/> Você tem mais de 45 anos e pode responder SIM para uma ou mais das seguintes alternativas? | <input type="checkbox"/> Problemas de saúde comportamental, mental ou psicológico (Ataque de pânico, claustrofobia ou agorafobia)? | <input type="checkbox"/> Problemas nas costas, nos braços ou nas pernas decorrentes de cirurgia, lesão ou fratura? |
| <input type="checkbox"/> atualmente fuma cachimbos, charutos ou cigarros | <input type="checkbox"/> Epilepsia, ataques, convulsões ou toma medicamentos para evitá-los? | <input type="checkbox"/> Tem pressão sanguínea alta ou toma medicamentos para controlar a pressão? |
| <input type="checkbox"/> está sob cuidados médicos | <input type="checkbox"/> Tem ocorrência de enxaquecas frequentes ou toma medicamentos para evitá-la? | <input type="checkbox"/> Doença cardíaca? |
| <input type="checkbox"/> possui um nível de colesterol alto | <input type="checkbox"/> Perdas de consciência ou desmaios (perda parcial ou total da consciência)? | <input type="checkbox"/> Enfarte? |
| <input type="checkbox"/> alta pressão sanguínea | <input type="checkbox"/> Enjoo causado por movimento frequente (enjoo por causa do mar ou do movimento do carro, etc.)? | <input type="checkbox"/> Angina, cirurgia cardíaca ou em vaso sanguíneo? |
| <input type="checkbox"/> possui um histórico de ataque cardíaco ou derrame na família | <input type="checkbox"/> Disenteria ou desidratação que exijam intervenção médica? | <input type="checkbox"/> Cirurgia do seio facial? |
| <input type="checkbox"/> diabetes mellitus, mesmo estando controlada apenas por dieta | <input type="checkbox"/> Quaisquer acidentes de mergulho ou doença descompressiva? | <input type="checkbox"/> Cirurgia ou doença da orelha, perda de audição ou problemas de equilíbrio? |
| Você possui ou já possuiu... | <input type="checkbox"/> Incapacidade de praticar um exercício moderado (exemplo: andar 1,6 quilômetros/uma milha em 12 minutos)? | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos recorrentes? |
| <input type="checkbox"/> Asma ou respiração dificultosa ou fica ofegante quando se exercita? | <input type="checkbox"/> Lesões na cabeça com perda de consciência nos últimos cinco anos? | <input type="checkbox"/> Sangramento ou outras desordens sanguíneas? |
| <input type="checkbox"/> Ataques frequentes de febre alta e alergia? | <input type="checkbox"/> Problemas recorrentes nas costas? | <input type="checkbox"/> Hérnia? |
| <input type="checkbox"/> Resfriados frequentes, sinusite ou bronquite? | | <input type="checkbox"/> Úlcera ou cirurgia de úlcera? |
| <input type="checkbox"/> Qualquer tipo de doença pulmonária? | | <input type="checkbox"/> Colostomia ou ileostomia? |
| | | <input type="checkbox"/> Uso recreativo ou tratamento de drogas ou alcoolismo nos últimos cinco anos? |

As informações dadas sobre meu histórico médico estão exatas conforme o meu melhor conhecimento. Eu atesto que é minha responsabilidade informar ao meu instrutor sempre que houver quaisquer mudanças no meu histórico de saúde durante minha participação nos programas de mergulho autônomo. Eu concordo em aceitar a responsabilidade por omissões concernentes à minha falha em revelar qualquer condição médica existente ou passada, ou qualquer mudança à mesma.

Assinatura do Participante

Data (Dia / Mês / Ano)

Assinatura dos Pais ou Responsável (se aplicável)

Data (Dia / Mês / Ano)

ALUNO

Por favor, escreva com letra de fôrma legível.

Nome _____ Data de Nascimento _____ Idade _____
Primeiro Meio Sobrenome Dia/Mês/Ano

Endereço _____

Cidade _____ Estado _____

País _____ CEP _____

Telefone Residencial () _____ Telefone Comercial () _____

Email _____ FAX _____

Nome e endereço de sua família ou médico de primeiros socorros

Médico _____ Clínica/Hospital _____

Endereço _____

Data do último exame físico _____

Nome do examinador _____ Clínica/Hospital _____

Endereço _____

Telefone () _____ Email _____

Você já precisou fazer uma avaliação física antes de mergulhar? Sim Não Se sim, quando? _____

MÉDICO

Essa pessoa está se inscrevendo ou é certificada para iniciar o mergulho autônomo (cilindro de ar comprimido, equipamento de respiração subaquática). Sua opinião quanto à condição física do candidato ao mergulho autônomo é exigida. Há um guia anexado para sua informação e referência.

Impressões do Médico

Não encontrei nenhuma condição médica que eu considero incompatível ao mergulho.

Não posso recomendar que esse indivíduo mergulhe.

Observações

_____ Data _____
Assinatura do Médico ou do Procurador Dia/Mês/Ano

Médico _____ Clínica/Hospital _____

Endereço _____

Telefone () _____ Email _____