

## Состояние здоровья дайвера | Анкета обучаемого

Любые спуски под воду и фридайвинг (ныряние и плавание на задержке дыхания) требуют хорошего физического и психического здоровья. Погружения при наличии перечисленных ниже заболеваний (состояний) могут быть смертельно опасны. Все лица, у кого такие заболевания присутствуют, или кто предрасположен к любому из этих состояний, должны обязательно пройти обследование у врача. Настоящий опросник (анкета о состоянии здоровья) позволяет каждому самостоятельно быстро оценить, есть ли необходимость обратиться к врачу. Если у Вас заболевание, не представленное в опроснике, и Вы сомневаетесь, опасно ли Вам заниматься дайвингом, обязательно посоветуйтесь с врачом. Если вы чувствуете себя плохо, не участвуйте в погружениях. Если Вы подозреваете, что можете быть заразны для окружающих из-за инфекционного заболевания, защитите себя и других, не участвуйте в обучении дайвингу и/или в погружениях. Термин «дайвинг» в настоящем документе предполагает как рекреационные погружения под воду с дыхательными аппаратами, так и фридайвинг. Анкета предназначена, прежде всего, для начальной оценки состояния здоровья лиц, начинающих первичное обучение, однако она пригодится и опытным дайверам, получающим дополнительную подготовку. Поскольку речь идет о Вашей безопасности и о безопасности всех, кто будет погружаться вместе с вами, пожалуйста, отвечайте честно на все вопросы.

### Обратите внимание:

**Предварительное заполнение анкеты обязательно для участия в обучении дайвингу.**

**Примечание для женщин:** если вы беременны или планируете беременность в ближайшем будущем, не погружайтесь.

1	У меня были приступы одышки, заболевания легких, сердца, крови, я перенес COVID-19.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. А	Нет <input type="checkbox"/>
2	Я старше 45 лет.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. В	Нет <input type="checkbox"/>
3	Я с трудом выполняю физические упражнения умеренной интенсивности (например, пройти 1 километр за 9 минут или проплыть 200 метров без отдыха) ИЛИ в последние 12 месяцев у меня были ограничения в занятиях физкультурой по состоянию здоровья или по причине плохой физической формы.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4	У меня были заболевания глаз, ушей, носа или околоносовых пазух.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. С	Нет <input type="checkbox"/>
5	Я перенес хирургическое вмешательство в течение последних 12 месяцев или испытываю проблемы со здоровьем, связанные с ранее выполненной операцией.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
6	Я терял сознание, у меня были приступы мигрени, судороги, я перенес инсульт, черепно-мозговую травму; у меня хронические неврологические нарушения или заболевания.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. D	Нет <input type="checkbox"/>
7	В настоящее время или в течение последних пяти лет я проходил лечение у психолога или у психиатра (психологические проблемы, расстройства личности, панические атаки, алкогольная или наркозависимость), у меня в детстве/юности отмечалась задержка развития (были трудности с освоением школьной программы).	Да <input type="checkbox"/> см. табл. E	Нет <input type="checkbox"/>
8	У меня бывают боли в спине, установлен диагноз грыжи, есть кожные язвы, у меня диабет.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. F	Нет <input type="checkbox"/>
9	У меня были проблемы с желудком или кишечником, недавно были расстройства стула.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. G	Нет <input type="checkbox"/>
10	Я принимаю лекарства, отпускаемые по рецепту (за исключением противозачаточных или противомаларийных кроме мефлохина / лариама).	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

### Подпись участника

Если вы ответили НЕТ на все 10 вопросов выше, вам не требуется осмотр врача. Пожалуйста, прочтите приведенное ниже заявление, если Вы с ним согласны, подпишите форму и поставьте дату.

**Заявление:** я честно ответил на все вопросы и понимаю, что принимаю на себя всю ответственность за любые последствия неточных ответов и сокрытия фактов о состоянии своего здоровья, как о нарушениях в настоящее время, так и о заболеваниях, перенесенных в прошлом.

\_\_\_\_\_  
Подпись обучаемого (или родителя/опекуна)

\_\_\_\_\_  
Дата (дд/мм/гггг)

\_\_\_\_\_  
Имя участника

\_\_\_\_\_  
Дата рождения (дд/мм/гггг)

\_\_\_\_\_  
Имя инструктора

\_\_\_\_\_  
Имя объекта

\*Если Вы ответили ДА на вопросы 3,5, 10 ИЛИ на любые вопросы на стр. 2, пожалуйста, прочитайте заявление выше и подпишите, если Вы с ним согласны, поставьте дату. Участие в обучении дайвингу обязательно требует предварительного одобрения со стороны врача. Передайте все три страницы этой формы (анкету обучаемого и бланк, заполняемый врачом) в медицинскую организацию, где Вы будете проходить осмотр.

## Состояние здоровья дайвера | Продолжение анкеты обучаемого

ТАБЛИЦА А – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Хирургическое вмешательство на органах грудной полости, на сердце (на клапанах, на коронарных артериях, включая стентирование) или пневмоторакс.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Обструкция дыхательных путей, сопровождающаяся ограничением физической активности в течение последних 12 месяцев: бронхиальная астма, астматический бронхит, ХОБЛ, аллергические реакции, включая сенную лихорадку, и др.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Заболевания и состояния, связанные с нарушением работы сердца: стенокардия, боли в груди при физической нагрузке, сердечная недостаточность, отек легких погружения, инсульт, ИЛИ я принимаю лекарства, назначенные по поводу заболевания сердца.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Рецидивирующий бронхит, хронический кашель в течение последних 12 месяцев ИЛИ установленный диагноз эмфиземы легких.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Диагноз COVID-19.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
ТАБЛИЦА В – Я СТАРШЕ 45 ЛЕТ И:		
Я курю табак или употребляю (вдыхаю) никотин иными способами.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
У меня высокий уровень холестерина.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
У меня высокое артериальное давление (гипертония).	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Мой близкий (кровный) родственник в возрасте до 50 лет внезапно умер от заболевания сердца или от инсульта, ИЛИ у моих родителей развились заболевания сердца в возрасте до 50 лет (включая нарушения ритма, ишемическую болезнь сердца или кардиомиопатию).	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
ТАБЛИЦА С – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Хирургическое вмешательство на околоносовых пазухах в течение последних 6 месяцев.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Заболевание уха или хирургическое вмешательство на органах слуха, потеря слуха или нарушение вестибулярного аппарата.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Рецидивирующий синусит в течение последних 12 месяцев.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Хирургическое вмешательство на глазах в течение последних 3 месяцев.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
ТАБЛИЦА D – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Черепно-мозговая травма с потерей сознания в течение последних 5 лет.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Стойкие неврологические нарушения или заболевание нервной системы.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Повторяющиеся приступы головных болей в течение последних 12 месяцев, или я принимаю лекарства для их предупреждения.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Случаи потери сознания (полной / частичной) или обмороки в течение последних 5 лет.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Эпилепсия, малые / большие припадки, судороги, или я принимаю лекарства для их предупреждения.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
ТАБЛИЦА Е – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Психические или психологические проблемы со здоровьем, требующие лечения.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Депрессия, суицидальные настроения, панические атаки, биполярное расстройство, требующие медикаментозной коррекции или лечения у психиатра.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Психическое заболевание или задержка развития (в детстве или юности), требующие постороннего ухода.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Пристрастие к наркотикам или алкоголю, требующие лечения, в течение последних 5 лет.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
ТАБЛИЦА F – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Повторяющиеся в последние 6 месяцев боли в спине, ограничивающие мою повседневную активность.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Хирургические операции на позвоночнике в течение последних 12 месяцев.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Сахарный диабет (оба типа) или гестационный диабет в течение последних 12 месяцев.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Не скорректированная хирургическим способом грыжа, ограничивающая мои физические возможности.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Незаживающие язвы кожи, осложненные раны или хирургическая операция пластики язвы / раны в течение последних 6 месяцев.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
ТАБЛИЦА G – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:		
Функционирующий свищ или стома желудочно-кишечного тракта при отсутствии разрешения заниматься плаванием или физкультурой.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Состояние обезвоживания, потребовавшее медицинской помощи, в течение последних 7 дней.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Незарубцевавшаяся язва желудка или кишечника, хирургическое лечение язвенной болезни в течение последних 6 месяцев.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Частая изжога, отрыжка пищей или гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Язвенный колит или болезнь Крона вне стойкой ремиссии.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Бариатрическое хирургическое вмешательство в течение последних 12 месяцев.	Да * <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

\* Требуется осмотр врача (см. стр. 1).

Имя участника

Дата рождения

(Print)

Дата (дд/мм/гггг)

## Состояние здоровья дайвера | Заключение врача

Вышеназванное лицо запрашивает Ваше мнение о его / ее пригодности по состоянию здоровья к рекреационным спускам под воду (ныряние с аквалангом, фридайвинг). Пожалуйста, при вынесении заключения о наличии или отсутствии медицинских противопоказаний к занятию дайвингом используйте материалы сайта [uhms.org](http://uhms.org) в части разделов, имеющих отношение к данному пациенту.

### Результаты оценки

- Допущен – у пациента не обнаружено заболеваний, препятствующих рекреационным погружениям под воду.
- Не допущен – присутствуют заболевания / состояния, при которых рекреационные спуски под воду противопоказаны.

Подпись врача

Дата (дд/мм/гггг)

Имя врача

Специальность

(Print)

Клиника/больница

Адрес

Телефон

Email

Личная печать врача / Штамп, печать медицинской организации

Создано [Diver Medical Screen Committee](#) в сотрудничестве с:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**