

**THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF NITROX AND TECHNICAL DIVERS, INC.**

9628 N.E. 2<sup>nd</sup> Avenue, Suite D, Miami Shores, Florida 33138-2767 USA  
tel. (305) 751-4873, fax (305) 751-3958

**IANTD CENTRAL EUROPE, S. R. O.**

Čechova 17, 170 00 PRAHA 7  
tel. 739-518-323, fax: 233-373-917, www.iantd.cz

**LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK**

**Kopie pro instruktora**

Informace o účastníkovi (*pište prosím čitelně tiskacími písmeny*)

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Rodné číslo.: \_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Zpráva pro lékaře:**

Technické a sportovní SCUBA potápění se stlačeným vzduchem, kyslíkem obohacenou směsí (nitrox), kyslíkem, héliem a/nebo trimixem je fyzicky náročné a od každého vyžaduje velkou námahu během výcviku. Dekompresní nemoc, embolie, zranění pod vodou, barotrauma nebo hyperbarická zranění se mohou stát příčinou úrazu nebo smrti. Ke smrti může také dojít při léčení v přetlakové komoře, vlivem srdečních příhod, panické hyperventilace, otravou kyslíkem, narkózou vyvolanou netečnými plyny, utopením nebo jakýmkoli jiným selháním lidského organismu.

Přečtěte si, prosím, každou otázku pečlivě a přesně na ní odpovězte. Na zvláštním listu rozveďte každou kladnou odpověď a připojte jej k tomuto dotazníku. S údaji zde obsaženými se bude zacházet jako s důvěrnými informacemi. Kladná odpověď automaticky neznamena vyloučení z účasti na IANTD programu technického a sportovního SCUBA potápění.

1. **Neurologický stav:** zvláště záchvaty, mrtvice, operace mozku, přechodné ztráty vědomí, těžká migréna, aneurisma (výduť) v mozkových cévách.

\_\_\_ANO \_\_\_NE

2. **Kardiovaskulární stav:** zvláště srdeční mrtvice, operace srdce, srdeční arytmie, vysoký krevní tlak (hypertenze).

\_\_\_ANO \_\_\_NE

3. **Plic:** zvláště spontánní selhání plic, selhání plic vlivem zranění, cysty nebo vzduchové kapsy v plicích, vážné poškození plicní tkáně, emfyzéma nebo cokoli, co ovlivňuje dýchací schopnosti.

\_\_\_ANO \_\_\_NE

4. **Uši:** trvalé otvory v ušním bubínku, protržení ušního bubínku, trvalé trubičky v ušním bubínku, poškození nebo ztráta sluchu v obou nebo jednom uchu, větší operace uší.

\_\_\_ANO \_\_\_NE

5. **Ušní a vedlejší dutiny:** polypy, nádory nebo cysty v dutinách nebo nosních cestách, větší operace vedlejších dutin nosních, trvalá (chronická) infekce dutin.

\_\_\_ANO \_\_\_NE

6. **Astma:** astma nebo astmatické záchvaty, jakékoli sípání, způsobené námahou, obavami, prochlazením, vyčerpáním apod. Jiná potíží vyžadující užívání léků a/nebo používání inhalátoru pro potlačení sípání.

\_\_\_ANO \_\_\_NE

*Pokračování na druhé straně*

7. **Diabetes mellitus:** zvláště typ I (závislý na inzulinu) a typ II, které vyžadují inzulin nebo jiné léky (ústní podávání). Dále jakákoli jiná forma diabetes, která je nestabilní nebo vyžadující zvláštní léčení nebo dřívější hypoglykemie, hyperglykemie nebo související onemocnění ledvin, očí, srdce nebo cév. Dále dřívější zvýšená hladina cukru nebo zvýšená hladina cukru v těhotenství.

\_\_\_ ANO \_\_\_ NE

8. **Těhotenství:** Jste nyní těhotná nebo uvažujete o početí do doby ukončení kurzu?

\_\_\_ ANO \_\_\_ NE

9. **SCUBA potápění:** dřívější nehody při potápění, dekompresní nemoc, dekomprese vnitřního ucha nebo embolie.

\_\_\_ ANO \_\_\_ NE

10. **Užívání léků:** jakékoli pravidelné užívání léků bez předpisu i na předpis.

\_\_\_ ANO \_\_\_ NE

11. **Obecné zdravotní potíže:** jakékoli fyzické nebo psychické potíže, které nejsou uvedeny výše, které by mohly mít vliv na Vaši bezpečnost pod vodou nebo by mohly ovlivnit Vaše rozhodovací schopnosti ve stresových situacích.

\_\_\_ ANO \_\_\_ NE

12. **Rozved'te, prosím, podrobněji každou kladnou odpověď** na otázky č. 1 - 11. Použijte k tomu zvláštní list papíru a připojte jej k tomuto formuláři

Prohlašuji, že jsem na výše uvedené otázky odpověděl/-a přesně a čestně.

Podpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Svědék: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

U nezletilých osob je u tohoto prohlášení nezbytný také podpis rodičů (rodiče) nebo jejich zákonného zástupce.

Podpis rodiče / zákonného zástupce: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Účastník schopen kurzu**     **Nutné prohlášení lékaře o zdravotní způsobilosti**

Podpis instruktora: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Upozornění:** Orální (podávaný ústy) nebo totální systemické dekongestanty, transdermální (skrz pokožku) léky, orální léky proti mořské nemoci, nikotin, jakékoli legálně či nelegálně užívané drogy mohou samostatně nebo ve vzájemné kombinaci pod vodou vyvolat škodlivé nebo fatální (končící smrtí) důsledky, zvláště pokud byly užity krátce před potápěním.

Já (tiskacími písmeny jméno účastníka), \_\_\_\_\_, prohlašuji, že jsem si přečetl/-a toto upozornění, že jsem mu rozuměl/-a a že na sebe беру veškerou odpovědnost za jakékoli činy vzhledem ke správnému i chybnému užití jakéhokoli léku či drogy během SCUBA kurzu.

\_\_\_\_\_  
podpis účastníka

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
dnešní datum