

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.

Blahnikova 5, 130 00 PRAHA 3  
tel./fax: 420-222 541 075, www.iantd.cz

## LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK

### Kopie pro instruktora

Informace o účastníkovi (píše 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, heliem a/nebo trinitxem je fyzicky náročné a od každého vyžaduje velkou námaňu 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 hypertenze, otravou kyslíkem, narkózou vyvolanou netechyými plyny, utopením nebo jakýmkoli jiným selháním lidského organismu.

Přečtete si, prosím, každou otázku pečlivě a přesně na ni odpovězte. Na zvláštním listu rozvedte každou kladnou odpověď a připojte její k tomuto dotazníku. S údaji zde obsaženými se bude zacházet jako s důvěrnými informacemi. Kladná odpověď automaticky neznamená vyjoutčení z účasti na IANTD programu technického a sportovního SCUBA potápění.

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

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

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

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

3. Plíce: zvláště sponžární selhání plic, selhání plic vlivem zranění, cysty nebo vzduchové kapsy v plicích, vážné poškození plicní tkáně, emfyzéma nebo cokoliv, co ovlivňuje dýchací schopnosti.

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

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

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

5. Ušni 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 sňpání, způsobené námahou, obnavání, prochladnutím, vyčerpáním apod. Jiná potíž vyžadující užívání léků a/nebo používání inhalátoru pro pochlazení sňpání.

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

7. Diabetes mellitus: zvláště typ I (závislý na inzulinu) a typ II, které vyžadují inzulin nebo jiné léky (ústní podávání). Dále jakékoli jiná forma diabetes, která je nestabilní nebo vyžadující zvláštní léčení nebo dřívejší hypoglykemie, hyperglykemie nebo souvisající onemocnění ledvin, očí, srdce nebo cév. Dále dřívejší 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: dřívejší 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 psychologické 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. Rozvedte, 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 česně.

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 torální systematické dekongestanty, transesterální (skrz pokožku) léky, orální léky proti močkové nemoci, nikotin, jakékoli legální 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