

الفحص الطبي للغوص | استبيان المشارك

يتطلب غوص سكوبا الترفيهي والغطس الحرّ صحة جسدية وعقلية جيدة. هناك بعض الحالات الطبية التي يمكن أن تشكل خطورة أثناء الغوص، وهي مدرجة في الأسفل. هؤلاء الذين يعانون من أي من هذه الحالات، أو هم أكثر عرضة ولديهم استعداد لها، يجب أن يتم فحصهم من قبل طبيب. يزود استبيان المشارك في الغوص الطبي هذا أساساً لتحديد إذا ما كان يجب عليك الحصول على ذلك الفحص الطبي من عدمه. إذا كانت لديك أي مخاوف غير مذكورة في هذا النموذج بشأن لياقتك للغوص، استشر طبيبك قبل الغوص. إذا كنت تشعر بالمرض، تفادى الغوص. إذا كنت تعتقد أنّ لديك مرض معدٍ، فاحم نفسك والآخرين من خلال عدم المشاركة في تدريبات الغوص و/أو أنشطة الغوص. إنّ كلمة "الغوص" في هذا النموذج تشير إلى كلّ من غوص سكوبا الترفيهي والغطس الحرّ وتشملهما. لقد تمّ تصميم هذا النموذج بشكل أساسي كفحص طبيّ أولي للغواصين الجدد، ولكنّه مناسب كذلك للغواصين المشاركين في متابعة التعليم. من أجل سلامتك وسلامة الآخرين الذين قد يغوصون معك، أجب عن جميع الأسئلة التالية بكل صراحة.

توجيهات

أكمل هذا الاستبيان كمتطلب مسبق لدورة غوص سكوبا ترفيهي أو لدورة غطس حرّ. ملاحظة للنساء:

إذا كنت حامل، أو تحاولين الحمل، فلا تغوصي.

☐ لا	☐ نعم اذهب إلى صندوق أ	1. لقد عانيت في السابق من مشاكل في الرئتين/التنفّس، القلب، الدّم، أو تمّ تشخيص إصابتي بفيروس كوفيد-19.
☐ لا	☐ نعم اذهب إلى صندوق ب	2. تجاوز عمري 45 عاماً.
☐ لا	☐ نعم *	3. أنا أواجه صعوبة في تأدية تمرين معتدل (على سبيل المثال، المشي لمسافة 1.6 كم/ 1 ميل خلال 14 دقيقة أو السباحة لمسافة 200 متر/ ياردة بدون استراحة)، أو لم أتمكن من المشاركة في أنشطة رياضية طبيعية لأسباب تتعلق باللياقة أو أسباب صحية خلال الـ 12 شهراً الماضية.
☐ لا	☐ نعم اذهب إلى صندوق ج	4. لقد عانيت في السابق من مشاكل في العينين، أو أذني، أو في الجيوب الأنفية.
☐ لا	☐ نعم *	5. لقد أجريت لي عملية جراحية خلال الـ 12 شهر الماضية، أو أعاني بصورة مستمرة من مشاكل متعلقة بعملية جراحية قديمة.
☐ لا	☐ نعم اذهب إلى صندوق د	6. لقد فقدت الوعي، كان لديّ صداع نصفي، أو نوبات صرع، أو سكتة دماغية، أو إصابة بالغة في الرأس، أو أعاني من إصابة عصبية أو مرض عصبي مزمن بشكل مستمر.
☐ لا	☐ نعم اذهب إلى صندوق هـ	7. أنا حالياً أخضع للعلاج (أو تطلّبت العلاج خلال الخمس سنوات الماضية) من مشاكل نفسية، أو اضطراب في الشخصية، أو نوبات ذعر/ هلع، أو إدمان للمخدرات أو الكحول؛ أو، تمّ تشخيصي بوجود إعاقة تعليمية.
☐ لا	☐ نعم اذهب إلى صندوق و	8. لقد عانيت في السابق من مشاكل في الظهر، أو فتاق، أو قرح، أو مرض السكري.
☐ لا	☐ نعم اذهب إلى صندوق ز	9. لقد عانيت في السابق من مشاكل في المعدة أو الأمعاء، بما فيها الإسهال مؤخراً.
☐ لا	☐ نعم *	10. أنا أتناول أدوية بموجب وصفة طبية (باستثناء أدوية تحديد النسل أو الأدوية المضادة للملاريا بخلاف المفلوكوين/اللاريام).

توقيع المشارك

إذا أجبت "لا" على جميع الأسئلة العشر في الأعلى، لا يكون الفحص الطبي مطلوباً. الرجاء قراءة إفادة المشارك في الأسفل والموافقة عليها من خلال التوقيع ووضع التاريخ.

إفادة المشارك: لقد أجبت عن جميع الأسئلة بصدق، وأقرّ بأنّي أقبل مسؤولية أية عواقب تنتج عن أية أسئلة قد أجبت عنها بشكل غير دقيق أو عن عدم إفصاحي عن حالة طبية موجودة حالياً أو في السابق.

توقيع المشارك (أو في حالة القاصر، يطلب توقيع والد/ولي امر المشارك.)	التاريخ (يوم/شهر/سنة)
اسم المشارك (اكتب بخط واضح)	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)
اسم المدرب (اكتب بخط واضح)	اسم المركز (اكتب بخط واضح)

* إذا أجبت نعم على الأسئلة 3، 5، أو 10 في الأعلى، أو على أيّ من الأسئلة في الصفحة 2، الرجاء عندها قراءة إفادة في الأعلى والموافقة عليها من خلال التوقيع ووضع التاريخ وخذ جميع الصفحات الثلاث من هذا النموذج (استبيان المشارك ونموذج فحص وتقييم الطبيب) إلى طبيبك من أجل الفحص الطبي. حيث تتطلب المشاركة في دورة غوص موافقة طبيبك.

الفحص الطبي للغواص | استبيان المشارك – تتمة

صندوق أ - أجريت لي في السابق/أنا أعاني أو سبق وعانيت من:		
جراحة صدرية، أو جراحة قلبية، أو عملية في أحد صمامات القلب، أو وضع دعامة، أو الاسترواح الصدري - نيموثوراكس (تداعي الرئتين).	نعم ☐	لا ☐
داء الزئبق أو صفير/أزيز عند التنفس، أو حساسية شديدة، أو حمى القش (حساسية الربيع) أو احتقان في الممرات الهوائية ضمن الـ 12 شهراً الماضية والتي تحد من ممارستي أنشطتي/تمارينني البدنية.	نعم ☐	لا ☐
مشكلة أو مرض متعلق بالقلب مثل: الذبحة صدرية، أو ألم في الصدر عند بذل مجهود، أو فشل قلبي، أو وديما الانغمار الرئوي، أو نوبة قلبية أو سكتة دماغية، أو أتناول أدوية لأية حالة قلبية.	نعم ☐	لا ☐
التهاب متكرر في الشعب الهوائية والسعال حالياً خلال الـ 12 شهراً الماضية، أو سبق تشخيصي بانتفاخ في الرئة.	نعم ☐	لا ☐
تشخيص الإصابة بفيروس كوفيد-19.	نعم ☐	لا ☐

صندوق ب - أنا عمري أكثر من 45 عاماً و:		
أدخن حالياً أو استنشقت النيكوتين عبر وسائل أخرى.	نعم ☐	لا ☐
لدي مستوى مرتفع من الكوليسترول.	نعم ☐	لا ☐
لدي ضغط دم مرتفع.	نعم ☐	لا ☐
سبق وتوفي أحد أقاربي (قريبة دم) بشكل فجائي أو نتيجة مرض قلبي أو سكتة دماغية قبل بلوغه عمر 50 عاماً، أو لدي تاريخ عائلي لحدوث أمراض القلب قبل عمر 50 عاماً (بما يشمل اضطراب ضربات القلب أو أمراض الشريان التاجي أو اعتلال عضلة القلب).	نعم ☐	لا ☐

صندوق ج - أجريت لي في السابق/أنا أعاني أو سبق وعانيت من:		
جراحة في الجيوب الأنفية خلال السنة أشهر الماضية.	نعم ☐	لا ☐
مرض في الأنف أو جراحة في الأنف، أو فقدان السمع، أو مشاكل في التوازن.	نعم ☐	لا ☐
التهاب متكرر في الجيوب الأنفية خلال الـ 12 شهراً الماضية.	نعم ☐	لا ☐
جراحة في العين خلال الثلاثة أشهر الماضية.	نعم ☐	لا ☐

صندوق د - أنا أعاني/سبق وعانيت من:		
إصابة في الرأس مصحوبه بفقدان الوعي خلال الـ 5 سنوات الماضية.	نعم ☐	لا ☐
مرض أو إصابة أعصاب مستمرة.	نعم ☐	لا ☐
صداع نصفي متكرر الحدوث خلال الـ 12 شهراً الماضية، أو أتناول أدوية للوقاية منه.	نعم ☐	لا ☐
الغياب عن الوعي أو الإغماء (فقدان وعي كلي/جزئي) خلال الـ 5 سنوات الماضية.	نعم ☐	لا ☐
صرع، أو نوبات صرع، أو تشنجات، أو أتناول أدوية للوقاية منها.	نعم ☐	لا ☐

صندوق هـ - أنا أعاني/سبق وعانيت من:		
مشاكل صحية متعلقة بالملوك، أو مشاكل عقلية أو نفسية تتطلب أدوية/علاج نفسي.	نعم ☐	لا ☐
اكتئاب شديد، أو التفكير في الانتحار، أو نوبات ذعر، أو اضطراب ثنائي القطب غير خاضع للتحكم يتطلب أدوية/علاج نفسي.	نعم ☐	لا ☐
تشخيص بوجود حالة صحية عقلية أو اضطراب تعليمي/اضطراب في النمو يتطلب رعاية مستمرة.	نعم ☐	لا ☐
إدمان مخدرات أو كحول تتطلب علاجاً خلال الـ 5 سنوات الماضية.	نعم ☐	لا ☐

صندوق و - أجريت لي في السابق/أنا أعاني أو سبق وعانيت من:		
مشاكل متكررة في الظهر تحد من أنشطتي اليومية خلال السنة أشهر الماضية.	نعم ☐	لا ☐
جراحة في الظهر أو العמוד الفقري خلال الـ 12 شهراً الماضية.	نعم ☐	لا ☐
مرض السكري، المتحكم فيه بالأدوية أو الحمية، أو مرض السكري الحلمي خلال الـ 12 شهراً الماضية.	نعم ☐	لا ☐
فتاق غير متحكم فيه يحد من قدراتي البدنية.	نعم ☐	لا ☐
قرح نشطة أو لم يتم علاجها، أو جروح لا تلتئم، أو جراحة للقرحة خلال السنة أشهر الماضية.	نعم ☐	لا ☐

صندوق ز - أجريت لي في السابق/سبق أن عانيت من:		
جراحة الفغر (جراحات لعمل فتحات لإخراج للبول والبراز) ولم أحصل على موافقة طبية من أجل السباحة أو القيام بنشاط بدني.	نعم ☐	لا ☐
حالة جفاف تتطلب تدخل طبي خلال السبعة أيام الماضية.	نعم ☐	لا ☐
قرح نشطة في المعدة أو الأمعاء أو لم يتم علاجها، أو جراحة القرحة خلال السنة أشهر الماضية.	نعم ☐	لا ☐
حرقان/حموضه مرتفعة متكررة في المعدة، ارتجاع، أو ارتجاع حمضي معدي مريئي (GERD).	نعم ☐	لا ☐
التهاب القولون القرحي النشط أو غير المتحكم فيه أو داء "كرون".	نعم ☐	لا ☐
جراحة لعلاج السمنة/ البدانة خلال الـ 12 شهراً الماضية.	نعم ☐	لا ☐

الفحص الطبي للغواص | نموذج فحص وتقييم الطبيب

اسم المشارك _____ تاريخ الميلاد _____
(اكتب بخط واضح) التاريخ (يوم/شهر/سنة)

الشخص المذكور اسمه أعلاه يطلب رأيك في ملاءمته/ملاءمتها الطبية للمشاركة في تدريبات أو أنشطة غوص سكوبا الترفيهي أو الغطس الحر. الرجاء زيارة الموقع uhms.org للحصول على إرشادات طبية بخصوص الحالات الطبية و صلتها بالغوص. راجع النواحي المرتبطة بحالة مريضك كجزء من تقييمك.

نتيجة الفحص والتقييم

☐ تمت الموافقة - لا أجد أية حالات طبية أعتبرها غير متوافقة مع غوص سكوبا الترفيهي أو الغطس الحر.

☐ لم تتم الموافقة - أجد حالات طبية أعتبرها غير متوافقة مع غوص سكوبا الترفيهي أو الغطس الحر.

توقيع الطبيب _____ التاريخ (يوم/شهر/سنة) _____
اسم الطبيب _____ التخصص _____
(اكتب بخط واضح)

العيادة/المستشفى _____

العنوان _____

رقم الهاتف _____ البريد الإلكتروني _____

ختم الطبيب/العيادة (اختياري)

تم الإنشاء من قبل [لجنة الفحص الطبي للغواصين](#) بالتعاون مع الجهات التالية:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society
DAN (US)
DAN Europe
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego