



Technical Diving International Medical Statement

(Informazioni confidenziali)

TDI-SDI Italia

Tel: 347 6024237 Fax: 010 821660

---- Leggete accuratamente prima di firmare ----

Questo modulo ha lo scopo di informarvi su alcuni rischi potenziali a cui potreste andare incontro durante l'attività subacquea e quale dovrebbe essere il vostro comportamento durante il periodo di addestramento. La vostra firma in calce a questo modulo è necessaria per partecipare al corso organizzato da:

_____ e
Istruttore

_____ situato nella
Facility

sede di _____

Leggete e discutete questo modulo prima di firmarlo. Dovete compilare questo modulo con le informazioni sul vostro stato di salute per poter partecipare al corso. Se siete minori questo modulo deve essere firmato dai genitori o da chi ne fa le veci. L'immersione subacquea è un'attività piacevole ma esigente. Se viene effettuata correttamente, applicando le giuste tecniche è uno sport molto sicuro.

Quando invece le adeguate procedure di sicurezza non vengono seguite possono insorgere gravi problemi. Per immergervi con sicurezza non dovete essere troppo sovrappeso o fuori forma fisica. L'immersione subacquea in condizioni di salute non adeguate può essere troppo impegnativa dal punto di vista fisico. I vostri apparati respiratorio e circolatorio devono essere in ottime condizioni. Gli spazi aerei del vostro corpo devono essere liberi e in condizioni normali. Chi è affetto da problemi di cuore, congestione nasale, epilessia, asma o altre patologie e chi è sotto l'influsso di alcool o droghe non deve svolgere immersioni. Se siete in cura farmacologica consultate il vostro medico e avvisate l'istruttore prima di svolgere attività subacquea. Ricordate che dovrete necessariamente apprendere le regole di sicurezza riguardanti la corretta gestione della respirazione e della compensazione. L'uso improprio dell'attrezzatura subacquea può causare seri danni alla salute. Dovete essere appropriatamente istruiti sul corretto utilizzo del vostro equipaggiamento sotto il controllo di un supervisore diretto o di un istruttore qualificato. Se avete dubbi o ulteriori domande riguardo questo modulo, non esitate a rivolgervi al vostro istruttore prima della firma.

Storia Medica dell'allievo

L'obiettivo di questo questionario è di verificare se il vostro medico ha effettivamente effettuato un controllo delle vostre condizioni di salute, prima della vostra partecipazione al corso. Non necessariamente una risposta positiva a una delle seguenti domande significa che non potete praticare attività subacquea. Una risposta positiva significa semplicemente che esiste una condizione pregressa per la quale potreste essere più suscettibili di infortunio. Siete pregati di rispondere a ognuna delle domande seguenti con SI o NO. Se non siete sicuri, avvertite il vostro istruttore. In caso di determinate patologie vi sarà chiesto di consultare uno specialista prima di svolgere attività subacquea.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Potreste essere incinta? | <input type="checkbox"/> Avete dei problemi ricorrenti? |
| <input type="checkbox"/> Avete un'età superiore a 45 anni e avete uno dei seguenti problemi?
- avete un alto livello di colesterolo
- nella vostra famiglia ci sono stati problemi circolatori o infarti cardiaci | <input type="checkbox"/> Siete stati sottoposto ad interventi chirurgici? |
| Siete o siete stati affetti dalle seguenti patologie: | <input type="checkbox"/> Avete sofferto di ferite, fratture od operazioni agli arti superiori o inferiori? |
| <input type="checkbox"/> Asma, respirazione difficile o affanno con moderato esercizio fisico? | <input type="checkbox"/> Impossibilità di effettuare un moderato esercizio fisico (esempio: percorrere a piedi due chilometri entro 12 minuti)? |
| <input type="checkbox"/> Frequenti o gravi attacchi di raffreddore da fieno o allergie? | <input type="checkbox"/> Avete sofferto o soffrite di problemi inerenti alla pressione sanguigna? |
| <input type="checkbox"/> Frequenti raffreddori, sinusiti o bronchiti? | <input type="checkbox"/> Avete sofferto o soffrite di malattie cardiache? |
| <input type="checkbox"/> Altre forme di malattie polmonari? | <input type="checkbox"/> Avete avuto infarti? |
| <input type="checkbox"/> Pneumotorace (collasso dei polmoni)? | <input type="checkbox"/> Siete stati sottoposti ad interventi chirurgici concernenti problemi di angina, cuore o apparato circolatorio? |
| <input type="checkbox"/> Operazioni al torace? | <input type="checkbox"/> Siete stati sottoposti ad interventi ai seni paranasali o alle orecchie? |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia o agorafobia (paura degli spazi chiusi o aperti)? | <input type="checkbox"/> Avete avuto malattie alle orecchie, perdita dell'udito o problemi di equilibrio? |
| <input type="checkbox"/> Problemi comportamentali? | <input type="checkbox"/> Avete sofferto di problemi di compensazione delle orecchie durante un viaggio in aereo o in montagna? |
| <input type="checkbox"/> Prendete medicinali per prevenirli o siete soggetti a epilessia o convulsioni? | <input type="checkbox"/> Avete sofferto di problemi di cicatrizzazione delle ferite? |
| <input type="checkbox"/> Prendete medicinali per prevenirli o siete soggetti a mal di testa o emicranie ricorrenti? | <input type="checkbox"/> Avete sofferto di problemi di ernia discale o inguinale? |
| <input type="checkbox"/> Problemi di diabete? | <input type="checkbox"/> Avete sofferto o siete stati operati di ulcera? |
| <input type="checkbox"/> Problemi di svenimento o perdita di conoscenza? | <input type="checkbox"/> Avete sofferto di problemi di colostomia? |
| <input type="checkbox"/> Soffrite frequentemente di mal di mare o mal d'auto? | <input type="checkbox"/> Avete sofferto di problemi relativi all'abuso di droghe o alcool? |
| <input type="checkbox"/> Avete avuto incidenti subacquei o malattia da decompressione? | <input type="checkbox"/> Altri problemi o trattamenti medici che potrebbero impedire la partecipazione attiva ad attività subacquee? |

In base alle informazioni di cui sono a conoscenza i dati forniti sono quanto di più accurate possibile sul mio stato di salute..

_____ Firma

_____ Data

_____ Firma dei Genitori o Tutori (quando necessario)

_____ Data