

Kondisi Medis Penyelam | Kuesioner untuk Peserta

Kegiatan rekreasi scuba diving freediving membutuhkan kesehatan fisik dan mental yang baik. Ada beberapa kondisi medis yang dapat berbahaya saat menyelam, yang tercantum di bawah ini. Mereka yang memiliki, atau cenderung memiliki, salah satu dari kondisi ini, harus diperiksa oleh dokter. Kuesioner Kondisi Penyelam untuk Peserta ini memberikan dasar untuk menentukan apakah Anda harus menjalani pemeriksaan tersebut. Jika Anda memiliki kekhawatiran tentang kesiapan fisik Anda untuk menyelam yang tidak tercantum dalam formulir ini, berkonsultasilah dengan dokter Anda sebelum menyelam. Jika Anda merasa sakit, hindari menyelam. Jika Anda berpikir Anda mungkin memiliki penyakit menular, lindungi diri Anda dan orang lain dengan tidak berpartisipasi dalam pelatihan menyelam dan/atau kegiatan menyelam. Referensi untuk "menyelam" pada formulir ini mencakup kegiatan rekreasi scuba diving dan freediving. Formulir ini pada prinsipnya dirancang sebagai penyaringan awal tentang kondisi medis untuk penyelam baru, tetapi juga sesuai untuk penyelam yang melakukan pendidikan lanjutan. Demi keselamatan Anda, dan orang lain yang mungkin menyelam bersama Anda, jawablah semua pertanyaan dengan jujur.

Pedoman Pengisian

Lengkapi kuesioner ini sebagai prasyarat untuk kegiatan kursus scuba diving atau freediving.

Catatan untuk wanita: Jika Anda hamil, atau berusaha hamil, jangan menyelam.

1	Saya memiliki masalah dengan paru-paru/pernafasan, jantung, darah atau telah didiagnosa terkena Covid-19.	Ya <input type="checkbox"/> Isi Kotak A	Tidak <input type="checkbox"/>
2	Saya berumur lebih dari 45 tahun.	Ya <input type="checkbox"/> Isi Kotak B	Tidak <input type="checkbox"/>
3	Saya berusaha keras untuk dapat melakukan olahraga ringan (misalnya, berjalan 1,6 kilometer/satu mil dalam 14 menit atau berenang 200 meter/yard tanpa istirahat), ATAU saya tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas fisik secara normal karena alasan kebugaran atau kesehatan dalam 12 bulan terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
4	Saya memiliki masalah dengan mata, telinga, atau saluran hidung/sinus.	Ya <input type="checkbox"/> Isi Kotak C	Tidak <input type="checkbox"/>
5	Saya telah menjalani operasi dalam 12 bulan terakhir, ATAU saya memiliki masalah yang berhubungan dengan operasi sebelumnya.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
6	Saya kehilangan kesadaran, sakit kepala migrain, kejang, stroke, cedera kepala yang signifikan, atau menderita cedera atau penyakit saraf yang terus menerus.	Ya <input type="checkbox"/> Isi Kotak D	Tidak <input type="checkbox"/>
7	Saat ini saya sedang menjalani perawatan (atau memerlukan perawatan dalam lima tahun terakhir) untuk masalah psikologis, gangguan kepribadian, panik tiba-tiba, atau kecanduan obat-obatan atau alkohol; atau, saya telah didiagnosa menderita ketidakmampuan untuk belajar.	Ya <input type="checkbox"/> Isi Kotak E	Tidak <input type="checkbox"/>
8	Saya memiliki masalah punggung, hernia, ulkus, atau diabetes.	Ya <input type="checkbox"/> Isi Kotak F	Tidak <input type="checkbox"/>
9	Saya memiliki masalah dengan perut atau usus, termasuk diare baru-baru ini.	Ya <input type="checkbox"/> Isi Kotak G	Tidak <input type="checkbox"/>
10	Saya sedang mengonsumsi obat yang diresepkan (dengan pengecualian obat kontrasepsi atau obat anti-malaria selain mefloquine/Lariam).	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>

Tanda Tangan Peserta

Jika Anda menjawab TIDAK untuk semua dari 10 pertanyaan di atas, evaluasi medis tidak diperlukan. Harap baca dan setuju pernyataan peserta di bawah ini dengan menandatangani dan memberi tanggal.

Pernyataan Peserta: Saya telah menjawab semua pertanyaan dengan jujur, dan mengerti bahwa saya menerima tanggung jawab atas segala konsekuensi yang timbul dari pertanyaan apa pun yang mungkin saya jawab secara tidak akurat atau atas kelalaian saya dalam mengungkapkan setiap kondisi kesehatan yang ada saat ini atau di masa lalu.

_____	_____
Tanda Tangan Peserta (atau, jika anak-anak, tanda tangan orangtua/wali dari peserta diperlukan.)	Tanggal (Tanggal/Bulan/Tahun)
_____	_____
Nama Peserta (Huruf Cetak)	Tanggal Lahir (Tanggal/Bulan/Tahun)
_____	_____
Nama Instruktur (Huruf Cetak)	Nama Fasilitas (Huruf Cetak)

* Jika Anda menjawab YA untuk pertanyaan 3, 5 or 10 di atas ATAU untuk pertanyaan-pertanyaan yang terdapat di halaman 2, tolong baca dan setuju pernyataan di atas dengan menandatangani dan memberi tanggal DAN bawa tiga halaman formulir ini (Kuesioner Peserta dan Formulir Pemeriksaan Dokter) ke dokter anda untuk pemeriksaan medis. Partisipasi dalam kursus menyelam membutuhkan persetujuan dari dokter anda.

Kondisi Medis Penyelam | Kuesioner untuk Peserta dilanjutkan

Kotak A Saya memiliki/pernah memiliki:		
Operasi dada, operasi jantung, operasi saluran jantung, penempatan stent, atau pneumotoraks (paru-paru yang kolaps).	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Asma, atau mengeluarkan bunyi yang nyaring ketika bernafas, reaksi alergi yang berlebihan, alergi rhinitis atau jalan napas tersumbat pada 12 bulan terakhir sehingga membatasi aktifitas fisik/ olah raga	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Masalah atau penyakit yang berhubungan dengan jantung seperti: angina, nyeri dada saat aktivitas, gagal jantung, edema paru imersi, serangan jantung atau stroke, ATAU saya minum obat untuk segala kondisi jantung.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Bronkitis berulang dan saat ini batuk dalam 12 bulan terakhir, ATAU telah didiagnosa dengan emfisema	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Diagnosa terkena COVID-19.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kotak B Saya berumur lebih dari 45 tahun DAN:		
Saat ini saya merokok atau menghisap nikotin dan sejenisnya.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Saya memiliki kadar kolesterol yang tinggi.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Saya memiliki tekanan darah tinggi.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Saya memiliki kerabat dekat (saudara kandung) yang meninggal mendadak atau karena penyakit jantung atau stroke sebelum usia 50 tahun, ATAU memiliki riwayat keluarga dengan penyakit jantung sebelum usia 50 (termasuk irama jantung yang tidak normal, penyakit jantung koroner atau kardiomiopati).	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kotak C Saya memiliki/pernah memiliki:		
Operasi sinus dalam 6 bulan terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Penyakit telinga atau operasi telinga, kehilangan pendengaran, atau gangguan keseimbangan.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Penyakit sinus yang sering kambuh dalam 12 bulan terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Operasi mata dalam 3 bulan terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kotak D Saya memiliki/pernah memiliki:		
Cedera pada kepala diikuti kehilangan kesadaran dalam 5 tahun terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Luka atau penyakit saraf yang berkelanjutan.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Komplikasi sakit kepala migrain yang kerap kambuh dalam 12 bulan terakhir, atau mengonsumsi obat untuk mencegahnya.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kehilangan kesadaran atau pingsan (kehilangan kesadaran penuh/sebagian) dalam 5 tahun terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Epilepsi, kejang, atau tidak sadarkan diri, ATAU mengonsumsi obat untuk mencegahnya.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kotak E Saya memiliki/pernah memiliki:		
Gangguan kesehatan perilaku, gangguan mental atau psikis yang memerlukan perawatan medis/kejiwaan.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Depresi berat, ide bunuh diri, serangan panik, gangguan bipolar yang tidak terkontrol yang membutuhkan pengobatan/perawatan kejiwaan.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Telah didiagnosa dengan kondisi kesehatan mental atau gangguan belajar/perkembangan yang membutuhkan perawatan berkelanjutan.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kecanduan obat-obatan atau alkohol yang membutuhkan perawatan dalam 5 tahun terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kotak F Saya memiliki/pernah memiliki:		
Sakit punggung yang sering kambuh dalam 6 bulan terakhir yang membatasi aktivitas keseharian saya.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Operasi punggung atau tulang belakang dalam 12 bulan terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Diabetes, baik diabetes gestasional yang dikendalikan obat-obatan atau diet, dalam 12 bulan terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Hernia yang tidak dirawat sehingga membatasi kemampuan fisik saya.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Ulkus aktif atau tidak diobati, luka bermasalah, atau operasi ulkus dalam 6 bulan terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kotak G Saya pernah memiliki:		
Operasi ostomi dan tidak memiliki izin medis untuk berenang atau melakukan aktivitas fisik.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Dehidrasi yang membutuhkan intervensi medis dalam 7 hari terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Tukak lambung aktif atau tidak diobati atau operasi tukak lambung dalam 6 bulan terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
berulang, regurgitasi, atau penyakit refluks gastroesofageal (GERD).	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kolitis ulserativa aktif atau tidak terkontrol atau penyakit Crohn.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Operasi bariatrik dalam 12 bulan terakhir.	Ya * <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>

* Pemeriksaan medis dari dokter diperlukan (lihat halaman

Nama Peserta

Tanggal Lahir

(Huruf Cetak)

Tanggal (Tanggal/Bulan/Tahun)

1) Kondisi Medis Penyelam | Formulir Pemeriksaan Dokter

Yang bersangkutan yang disebutkan di atas meminta pendapat Anda tentang kesesuaian kondisi medisnya untuk berpartisipasi dalam kegiatan rekreasi atau pelatihan scuba diving atau freediving. Silakan kunjungi uhms.org untuk panduan medis tentang kondisi medis yang berkaitan dengan menyelam. Tinjau area yang relevan dengan pasien Anda sebagai bagian dari pemeriksaan anda.

Hasil Pemeriksaan

- Disetujui – Saya tidak menemukan kondisi yang saya anggap tidak sesuai dengan kegiatan rekreasi scuba diving atau freediving.
- Tidak Disetujui – Saya menemukan kondisi yang saya anggap tidak sesuai dengan kegiatan rekreasi scuba diving atau freediving.

Tanda Tangan Dokter

Tanggal (Tanggal/Bulan/Tahun)

Nama Dokter

Spesialis

(Huruf Cetak)

Klinik/Rumah Sakit

Alamat

Telpon

Email

Stempel Dokter/Klinik (jika ada)

Dibuat oleh [Diver Medical Screen Committee](#) bekerjasama dengan badan-badan berikut ini:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego