

## Dykmedicinskt | Frågeformulär för deltagare

Rekreations- och fridykning erfordrar god fysisk och mental hälsa. Nedan finns ett antal hälsotillstånd som kan bli farliga vid dykning. De som har, eller är mottagliga för, några av dessa tillstånd, skall undersökas av en dykläkare. Detta Dykmedicinska Frågeformulär för dykare hjälper avgöra om man bör genomgå denna undersökning. Om du har något hälsotillstånd som inte finns med på detta formulär, konsultera din läkare innan dykning. Om du känner dig sjuk undvik dykning. Om du tror dig ha en smittsam sjukdom, skydda dig själv och andra genom att inte delta i dykutbildning och/eller dykaktiviteter. Termen "dykning" på detta formulär syftar till både rekreations- och fridykning. Detta formulär är huvudsakligen avsedd som en första medicinsk kontroll för nya dykare, men är även lämplig för dykare i vidareutbildning. För din säkerhet, samt andras som kommer att dyka med dig, svara alla frågor ärligt.

### Anvisningar

Fyll i detta frågeformulär som ett förkrav till en kurs i rekreations- eller fridykning.

**För kvinnor:** Om du är gravid, eller försöker bli gravid, dyk inte.

|    |  |  |                              |
|----|--|--|------------------------------|
| 1  | Jag har haft problem med mina lungor/andning, hjärta, blod, eller har diagnostiserats med COVID-19.  | Ja <input type="checkbox"/><br>Gå till<br>Box <b>A</b> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 2  | Jag är äldre än 45 år.   | Ja <input type="checkbox"/><br>Gå till<br>Box <b>B</b> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 3  | Jag har svårt att utföra måttlig träning (till exempel, gå 1,6 kilometer på 14 minuter eller simma 200 meter utan att vila), ELLER jag har inte kunnat delta i normal fysisk aktivitet på grund av konditions- eller hälsoskäl de senaste 12 månaderna | Ja <input type="checkbox"/> *                          | Nej <input type="checkbox"/> |
| 4  | Jag har haft problem med mina ögon, öron, eller näsgångar/bihållor.  | Ja <input type="checkbox"/><br>Gå till<br>Box <b>C</b> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 5  | Jag har opererats de senaste 12 månaderna, ELLER jag har kvarstående problem relaterade till en tidigare operation.  | Ja <input type="checkbox"/> *                          | Nej <input type="checkbox"/> |
| 6  | Jag har tappat medvetandet, haft migrän, anfall, stroke, allvarlig skullskada, eller lider av bestående neurologisk skada eller sjukdom.   | Ja <input type="checkbox"/><br>Gå till<br>Box <b>D</b> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 7  | Jag genomgår behandling (eller behövt behandling inom de senaste fem åren) för psykologiska problem, personlighetsstörningar, panikattacker, eller ett beroende till droger eller alkohol; eller, jag har diagnostiserats med Inlärningssvårigheter.   | Ja <input type="checkbox"/><br>Gå till<br>Box <b>E</b> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 8  | Jag har haft ryggproblem, bråck, sår, eller diabetes.  | Ja <input type="checkbox"/><br>Gå till<br>Box <b>F</b> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 9  | Jag har haft mag- eller tarmproblem, Inklusivt nyligen diarré.   | Ja <input type="checkbox"/><br>Gå till<br>Box <b>G</b> | Nej <input type="checkbox"/> |
| 10 | Jag tar receptbelagda mediciner (förutom preventivmedel eller anti-malaria läkemedel andra än meflokin (Lariam)).  | Ja <input type="checkbox"/> *                          | Nej <input type="checkbox"/> |

### Deltagarens Signature

**Om du svarat NEJ** på alla 10 frågor ovan, behövs Ingen läkarundersökning. Vänligen läs igenom och godkänn deltagarförsäkran nedan genom att signera och datera den.

**Deltagarförsäkran:** Jag har besvarat alla frågor ärligt, och tar ansvar för eventuella konsekvenser till följd av frågor jag kan ha besvarat felaktigt eller för att jag undanhållit några befintliga eller tidigare hälsotillstånd.

\_\_\_\_\_  
Deltagarens Signature (eller, för minderåring, förälders/förmyndares Signature)

\_\_\_\_\_  
Datum (dag/mån/år)

\_\_\_\_\_  
Deltagarens Namn (Textat)

\_\_\_\_\_  
Födelsedag (dag/mån/år)

\_\_\_\_\_  
Instruktörens namn (Textat)

\_\_\_\_\_  
Dykcenter (Textat)

\* **Om du svarat JA** på frågor 3, 5 eller 10 ovan **ELLER** på några utav frågorna på sida 2, vänligen läs igenom och godkänn försäkran ovan genom att signera och datera det **OCH ta alla tre sidor i detta formulär (Deltagarens Frågeformulär och Läkarens Utvärderingsformulär till din läkare** för en läkarutvärdering. För deltagande i en dykkurs krävs en läkares godkännande.

## Dykmedicinskt | Frågeformulär för Deltagare Fortsättning

| BOX A – JAG HAR/HAR HAFT:  |                               |                              |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| Bröstoperation, hjärtoperation, hjärtklaffsoperation, Inopererad stent, eller en pneumothorax (lungkollaps).   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Astma, väsande andning, allvarliga allergier, hörsnuva, eller överbelastade luftvägar de senaste 12 månaderna som begränsar mina fysiska aktiviteter/träning.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Ett problem eller sjukdom som involverar mitt hjärta så som: angina, bröstsmärta vid utandning, hjärtsvikt, lungödem, hjärtattack eller stroke, ELLER medicinerar för något hjärtillstånd.                                 | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Återkommande bronkit samt hosta de senaste 12 månaderna, ELLER diagnostiserats med emfysem.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Diagnostiserats med COVID-19.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| BOX B – JAG ÄR ÖVER 45 ÅR OCH:   |                               |                              |
| Jag röker i nuläget eller inandas nikotin på andra sätt.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Jag har höga kolesterolvärden.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Jag har högt blodtryck.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Jag har haft en nära anhörig som dött av hjärtsjukdom eller stroke före 50 års åldern, ELLER har familjehistorik för hjärtsjukdom före 50 års åldern (Inklusive onormal hjärtrytm, kranskärlssjukdom eller kardiomyopati). | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| BOX C – JAG HAR/HAR HAFT:  |                               |                              |
| Bihålleoperation inom de senaste 6 månaderna.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Öronsjukdom eller öronoperation, hörselnedsättning, eller balansproblem.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Återkommande bihålleinflammation de senaste 12 månaderna.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Ögonoperation de senaste 3 månaderna.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| BOX D – JAG HAR/HAR HAFT:  |                               |                              |
| Skallskada med medvetslöshet de senaste 5 åren.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Bestående neurologiska skador eller sjukdom.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Återkommande migrän de senaste 12 månaderna, eller tar läkemedel i förebyggande syfte.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Blackouts eller svimning (helt/delvis medvetslöshet) de senaste 5 åren.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Epilepsi, kramper, eller spasmer, ELLER tar läkemedel i förebyggande syfte.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| BOX E – JAG HAR/HAR HAFT:  |                               |                              |
| Beteendemässiga, mentala eller psykologiska problem som kräver medicinsk/psykiatrisk behandling.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Depression, självmordsbeteende, panikattacker, okontrollerad bipolär sjukdom som kräver medicinsk/psykiatrisk behandling   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Diagnostiserats med ett mentalt hälsotillstånd eller en Inlärnings/utvecklingstörning som kräver pågående behandling.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Ett beroende till droger eller alkohol som krävt behandling de senaste 5 åren.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| BOX F – JAG HAR/HAR HAFT:  |                               |                              |
| Återkommande ryggproblem de senaste 6 månaderna som begränsar mina dagliga aktiviteter.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Rygg- eller ryggradsoperation de senaste 12 månaderna.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Diabetes, läkemedels- eller kostreglerad, ELLER graviditetsdiabetes de senaste 12 månaderna.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Ett okorrigerat bråck som begränsar mina fysiska möjligheter.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Aktiva eller obehandlade magsår, kronisk maginflammation, eller magsårskirurgi de senaste 6 månaderna.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| BOX G – JAG HAR HAFT:  |                               |                              |
| Stomi kirurgi och saknar medicinskt godkännande till att simma eller delta i fysisk aktivitet.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Uttorkning som krävt medicinsk behandling de senaste 7 dagarna.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Aktiva eller obehandlade mag- eller tarmsår eller magsårskirurgi de senaste 6 månaderna.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Frekvent halsbränna, uppstötningar eller gastroesofageal reflux sjukdom.   | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Aktiv eller obehandlad ulcerös kolit eller Crohn's sjukdom.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |
| Överviktskirurgi de senaste 12 månaderna.  | Ja <input type="checkbox"/> * | Nej <input type="checkbox"/> |

# Dykmedicinsk | Läkarens Utvärderingformulär

**Deltagarens Namn**

**Födelsedag**

(Textat)

Datum (dag/mån/år)

Ovanstående person efterfrågar din åsikt om hans/hennes medicinska lämplighet för att delta i rekreations- eller fridykningsutbildning eller aktivitet. Vänligen besök [uhms.org](http://uhms.org) för medicinsk vägledning för medicinska tillstånd som relateras till dykning. Gå igenom de områden som är relevanta för din patient som en del av din utvärdering.

## Utvärderingsresultat

Godkänd – Jag finner inga tillstånd som är oförenliga med rekreations- eller fridykning

Ej godkänd – Jag finner tillstånd som är oförenliga med rekreations- eller fridykning.

Läkarens Signatur

Datum (dag/mån/år)

**Läkarens Namn**

**Specialistområde**

(Textat)

**Klinik/sjukhus**

**Adress**

**Telefon nummer**

**Email**

Läkarens/Klinikens stämpel (valfritt)

Created by the [Diver Medical Screen Committee](#) in association with the following bodies:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**