



潜水员医疗健康 | 参加者问卷

休闲水肺潜水和自由潜水都需要良好的身心健康。下面表格中列出的医疗健康状况在潜水时可能会带来危险和伤害，对于已经存在或可能存在这些医疗健康状况的人，应该由医生进行医疗评估检查。本潜水员医疗健康参加者问卷包括最基本的信息以协助判断你是否需要就医进行医疗评估检查。如果关于你的潜水健康状况你有疑虑但未在本问卷中提及，请在潜水前咨询你的医生。如果你感觉生病了，不要潜水。如果你认为你可能患有传染性疾病，为了保护你自己和他人不要参加任何潜水培训或潜水活动。本表格中提到的“潜水”包括休闲水肺潜水和自由潜水。本表格主要的设计目的是给新潜水员进行初始的医疗检查，但是也同样适用于潜水员进行进阶教育培训。为了你和其他同你一起潜水的人的安全，务必如实回答以下所有问题。

说明指引

完成本问卷是参加休闲水肺潜水活动和自由潜水活动的先决条件。

女性请注意：如果你已经怀孕，或计划怀孕中，请不要潜水。

1. 我的肺部、呼吸系统、心脏和/或血液存在问题，影响了我的正常生理表现或精神表现。	是 <input type="checkbox"/> 去到栏目 A	否 <input type="checkbox"/>
2. 我已经超过 45 岁。	是 <input type="checkbox"/> 去到栏目 B	否 <input type="checkbox"/>
3. 我完成中等强度运动很吃力（比如连续在 14 分钟内步行 1.6 公里 / 1 英里或游泳 200 米 / 码）或我在过去 12 个月内因为身体状况或健康原因不能参加普通的体能活动。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
4. 我的眼睛、耳朵、或鼻腔 / 鼻窦存在问题。	是 <input type="checkbox"/> 去到栏目 C	否 <input type="checkbox"/>
5. 我在过去 12 个月做过手术，或既往手术给我留下了持续存在的后遗症。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
6. 我曾有过意识丧失、偏头痛、癫痫、中风、严重头部损伤，或患有持续性的神经损伤或疾病。	是 <input type="checkbox"/> 去到栏目 D	否 <input type="checkbox"/>
7. 由于心理问题，人格障碍，恐慌发作，或毒品和酒精成瘾，我现在正在接受治疗（或在过去 5 年内因为上述问题接受过治疗）；或我被确诊有学习障碍或发育性障碍。	是 <input type="checkbox"/> 去到栏目 E	否 <input type="checkbox"/>
8. 我有背部健康问题、疝气、溃疡或糖尿病。	是 <input type="checkbox"/> 去到栏目 F	否 <input type="checkbox"/>
9. 我有胃肠问题，包括最近的腹泻。	是 <input type="checkbox"/> 去到栏目 G	否 <input type="checkbox"/>
10. 我正在服用处方药（不包含避孕药或除甲氧苄啶以外的抗疟疾药物）	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

参加者签名

如果对于以上 10 个问题的回答都是“否”，则不需要进行医疗评估检查。请你阅读以下的参加者声明，并签字和填写日期，以表示你同意。

参加者声明：我如实地回答了所有问题，并确认我愿意承担因我回答问题不准确或没有公开披露任何我现有或过去的健康状况而导致的任何后果。

参加者签名（如果未成年，须由参加者家长 / 监护人签名）

日期（日 / 月 / 年）

参加者姓名（正楷）

生日（日 / 月 / 年）

教练姓名（正楷）

机构名称（正楷）

* 对于问题 3、5 或 10，如果你的回答为是或第二页的任何问题回答为是，请阅读以上的参加者声明，并签字和填写日期以表示你已同意然后携带本问卷的所有三页（包括参加者问卷和医生评估表）去见你的医生进行医疗评估检查。参加潜水课程必须要有医生的书面同意。

潜水员医疗健康 | 参加者问卷续

栏目 A – 我有 / 我有过:

胸部, 心脏, 心脏瓣膜手术, 可植入的医疗设备(如心脏支架、起搏器、神经刺激器), 气胸和/或慢性肺部疾病。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
哮喘, 哮喘, 严重过敏, 花粉症或呼吸道阻塞有在最近的 12 个月内且限制了我的身体活动 / 锻炼。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
存在心脏有关问题或疾病, 例如: 心绞痛, 劳累性胸痛, 心力衰竭, 浸入性肺水肿, 心脏病发作或中风。或者因任意心脏疾病正在服用药物。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在最近的 12 个月内有复发性支气管炎和持续咳嗽症状, 或被诊断患有肺气肿。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在过去 30 天内影响我的肺部、呼吸系统、心脏和/或血液的问题, 损害了我的正常生理表现或精神表现。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

栏目 B – 我已超过 45 岁并且:

我目前有吸烟或者通过其方式摄入尼古丁。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
我的胆固醇水平高。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
我有高血压。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
我有一个直系血缘亲戚 50 岁之前突然死于心脏病或中风, 或在 50 岁之前我的家族有心脏病史 (包括心律失常, 冠心病或原发性心肌病)。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

栏目 C – 我有 / 我有过:

在最近 6 个月内接受过鼻窦手术。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
耳部疾病或耳朵手术、听力丧失、或身体平衡问题。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在最近的 12 个月内曾患有复发性鼻窦炎。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在最近的 3 个月内接受过眼部手术。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

栏目 D – 我有 / 我有过:

在过去 5 年内曾因头部受伤而出现意识丧失。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
持续性神经损伤或疾病	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在过去 12 个月内, 曾患复发性偏头痛或服用药物预防复发性偏头痛发生。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在过去的 5 年内发生过昏厥或晕厥 (造成完全 / 部分意识丧失)。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
癫痫症、癫痫发作、或抽搐、或通过服用药物预防上述疾病或症状发生。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

栏目 E – 我有 / 我有过:

因行为健康、精神健康、或者心理问题需要进行医学 / 精神病学治疗。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
重度抑郁症、自杀倾向、恐慌发作、不受控制的躁郁症需要进行医学 / 精神病学治疗。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
被诊断患有精神疾病或学习 / 发育性残障需要接受持续的治疗或特殊照顾。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在过去 5 年内因毒品或酒精成瘾接受过治疗。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

栏目 F – 我有 / 我有过:

在过去 6 个月内曾因复发性背部问题限制了我的每日活动。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在过去 12 个月内接受过背部或脊柱手术。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在过去 12 个月内患有需要药物控制或饮食控制的糖尿病, 或妊娠糖尿病。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
未治愈的疝气限制了我的身体活动。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在过去 6 个月内有活跃或未治疗的溃疡、有问题的溃疡伤口、或溃疡手术。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

栏目 G – 我有过:

造瘘手术且没有得到允许进行游泳或其他身体活动的医学许可。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在过去 7 天内有过需要医学治疗的脱水症状。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在过去 6 个月内有活跃或未治疗的肠胃溃疡、或溃疡手术。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
经常的烧心、反流、或胃食管反流症状 (GERD)。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
活跃的或无法控制的溃疡性结肠炎或克罗恩 (Crohn) 病	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在过去 12 个月内接受过肥胖症治疗手术。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

潜水员医疗健康 | 医生评估检查表

参加者姓名 _____ 生日 _____
(正楷) 日期 (日 / 月 / 年)

以上姓名的人士要求你提供有关是否适合其参加休闲水肺潜水或自由潜水训练或活动的医学意见。请访问 uhms.org 以获取与潜水有关的医学状况的医学指导，在评估过程中查阅与你的病患有关的部分。

评估检查结果

- 批准 - 我并未发现任何不适合休闲水肺潜水或自由潜水的症状。
 未批准 - 我发现不适合潜水的症状，我不建议此人参加休闲水肺潜水或自由潜水。

医师签名 日期 (日 / 月 / 年)

医师姓名 _____ 专业 _____
(正楷)

诊所 / 医院 _____

地址 _____

电话 _____ 电子邮件 _____

医生 / 医院盖章 (可选)

由 Diver Medical Screen Committee 主要开发以及以下单位协同开发：

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego