

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

Да Нет

1. Вы страдаете эпилепсией?
2. Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?
3. Вы регулярно принимаете прописанные врачом медицинские препараты?
4. В настоящее время Вы находитесь под наблюдением врача?
5. Вы страдаете аллергией или у Вас бывают проблемы с дыханием, связанные с употреблением пищи, вдыханием пыльцы растений или общением с животными?
6. Вы страдаете заболеваниями, требующими регулярного приема успокаивающих или противоаллергических препаратов?
7. Вам часто приходится сокращать (или прекращать) физическую активность из-за сердцебиения, головокружения, одышки или боли в области сердца?
8. У Вас бывают (были) приступы головокружения, обмороки, потеря сознания (даже кратковременная), судороги?
9. Вы часто страдаете от головной боли?
10. У Вас диабет?
11. Вас легко «укачивает» в транспорте, Вы страдаете «морской болезнью»?
12. Вы страдаете приступами паники, боязнью открытого или закрытого пространства или другими фобиями?
13. Вам приходилось принимать психотропные препараты по предписанию врача?
14. Вы злоупотребляете алкоголем или наркотическими средствами, лечились от наркотической или алкогольной зависимости?
15. Вы часто страдаете от изжоги, испытываете позывы к рвоте?
16. Вы страдаете язвенной болезнью, переносили хирургическое вмешательство по этому поводу?
17. Вы используете зубные протезы?
18. Вы носите очки или контактные линзы?
19. Вы страдаете гемофилией, другими заболеваниями крови?
20. Вы перенесли заболевания или травмы, связанные с дайвингом?
21. У Вас бывали случаи острого или хронического воспаления уха (отита), придаточных пазух носа (гайморит, синусит) ?
22. У Вас имелось (имеется) повреждение барабанной перепонки?
23. У Вас имеются выделения из ушей?
24. Вы испытываете серьезный дискомфорт в ушах во время авиаперелетов или при подъеме в горы?
25. Вы перенесли хирургические операции на ушах?
26. Вы часто слышите («звон в ушах»)?
27. Вы испытываете частые приступы головокружения?
28. У Вас есть проблемы со слухом?
29. Вы страдаете (страдали ранее) бронхиальной астмой, приступами удушья или часто испытываете чувство «нехватки воздуха»?
30. Вы страдаете хроническим кашлем?
31. Вы перенесли одно или несколько из нижеперечисленных заболеваний легких: плеврит, пневмоторакс (коллапс легкого), воспаление легких, туберкулез ?
32. У Вас была киста легкого?
33. У Вас часто бывает бронхит?
34. У Вас была подкожная эмфизема?
35. У Вас была воздушная эмболия?
36. Вы страдаете от ревматизма?
37. У Вас находили шумы в сердце?
38. Вы страдаете от сердечной недостаточности (иногда испытываете боль или чувство стеснения в груди)?
39. Вы перенесли инфаркт миокарда?

Да Нет

40. Вы перенесли операцию на органах сердечно-сосудистой системы?
41. У Вас часто или постоянно проявляется отек ног?
42. У Вас бывает учащенное сердцебиение или нарушения сердечного ритма?
43. У Вас часто бывают периоды слабости или головокружения?
44. Вам известно об отклонениях от нормы в вашей ЭКГ?
45. Вы страдаете одним или несколькими из нижеперечисленных заболеваний сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, миокардит, порок сердца, аритмия, тромбоз, варикозное расширение вен?
46. Вы имеете (имели) заболевания опорно-двигательной системы?
47. У Вас артрит, артроз или другие заболевания суставов?
48. Вы перенесли (имеете в настоящее время) травмы или заболевания, связанные с позвоночником?
49. У Вас имеются (были в прошлом) проблемы, связанные с повреждением межпозвоночного диска?
50. Вы имеете инвалидность или иные ограничения физических возможностей?
51. У Вас грыжа?
52. Вы страдаете болями в спине?
53. У Вас была травма головы, повлекшая за собой потерю сознания или сотрясение мозга?
54. Вы страдали от параличей?
55. У Вас есть непереносимость некоторых медицинских препаратов?
56. Вы курите?
57. Вы перенесли хирургическую операцию (в том числе связанную с косметической медициной) менее чем 1 год назад?
58. Вы перенесли травму опорно-двигательной системы (перелом) или операцию на органах опорно-двигательной системы менее, чем 6 месяцев назад?

Ф.И.О. студента _____

Дата рождения _____

 ЧИСЛО МЕСЯЦ ГОД

Дата заполнения анкеты _____

 ЧИСЛО МЕСЯЦ ГОД

Подпись студента _____

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ КЛЮЧ ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ АНКЕТЫ

Положительный ответ на вопрос означает:

А = Противопоказание для занятий дайвингом

Б = Требуется консультация с врачом специфизологом перед зачислением на курс

В = Требуется осторожность при занятиях дайвингом в связи с имеющейся проблемой

1 – А	11 – В	21 – Б	31 – Б	41 – Б	51 – Б
2 – А	12 – Б	22 – Б	32 – Б	42 – Б	52 – Б
3 – Б	13 – Б	23 – Б	33 – Б	43 – Б	53 – Б
4 – Б	14 – Б	24 – В	34 – В	44 – Б	54 – Б
5 – В	15 – В	25 – Б	35 – Б	45 – Б	55 – Б
6 – Б	16 – Б	26 – Б	36 – Б	46 – Б	56 – В
7 – Б	17 – В	27 – Б	37 – Б	47 – Б	57 – Б
8 – Б	18 – В	28 – Б	38 – Б	48 – Б	58 – Б
9 – Б	19 – Б	29 – Б	39 – Б	49 – Б	
10 – Б	20 – Б	30 – Б	40 – Б	50 – Б	