**Medical Questionnaire רפואי שאלון**

NAME: : שם

I.D. No. : : זיהוי 'מס

Dear Diver

This is a confidential medical questionnaire that

will help determine your fitness for scientific diving. Please read the questions carefully and answer all of them.

For your information, answering yes to one or more questions does not necessarily

 you from diving.

.

**:?הבאים מהמצבים מאחד ת/סובל הנך או סבלת האם**

**DO YOU OR DID YOU EVER SUFFER FROM ANY OF THE FOLLOWING CONDITIONS?:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **לא****No** | **כן****Yes** |  |
|  |  | 1. **(לב/חזה ניתוח או חבלה ,שחפת ,ספסטית ברונכיטיס ,אסטמה) כרונית ריאות מחלת**

CHRONIC LUNG DISEASE (ASTHMA, BRONCHITIS SPASTIC, TUBERCULOSIS, INJURY OR SURGERY TO THE CHEST/HEART) |
|  |  | **2**קצב) **. הפרעת ,מסתמית לב מחלת ,איסכמית לב (מחלה לב מחלת**HEART DISEASE (ISCHEMIC HEART DISEASE, VALVULAR HEART DISEASE, ARRHYTHMIA) |
|  |  | **3. ראייה והפרעות עיניים מחלות**EYE DISEASE AND EYESIGHT PROBLEMS |
|  |  | **4. אוזניים) דלקת ,אלרגית נזלת ,כרוני סינוסיטיס) גרון אוזן באף הקשורות מחלות**ILLNESSES CONNECTED TO EAR NOSE THROAT (CHRONIC SINUSITIS, ALLERGIC HAY FEVER, EAR INFECTIONS) |
|  |  | **5.השתן דרכי או כליות מחלת**ILLNESS OF THE URINARY TRACT OR THE KIDNEYS |
|  |  | **6. פרקים מחלת**RHEUMATIC DISEASE OF THE JOINTS |
|  |  | **7. סוכרת**DIABETES |
|  |  | **8. נפוצה) טרשת ,הכרה איבוד של אירועים ,אפילפסיה)נוירולוגיות הפרעות**NEUROLOGICAL DISORDERS (EPILEPSY, LOSS OF CONSCIOUSNESS, MULTIPLE SCLEROSIS) |
|  |  | **9.מוח זעזוע ,הכרה אבוד עם ראש חבלת**HEAD INJURY WITH LOSS OF CONSCIOUSNESS, CONCUSSION |
|  |  | **10. לתפקוד המפריעים ראש כאבי של חוזרים אירועים ,מיגרנה**MIGRAINE, REOCCURRING EPISODES OF SEVERE HEADACHES |
|  |  | **11. נפש מחלת**MENTAL ILLNESS |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **לא****No** | **כן****Yes** |  |
|  |  | **12. מעמקים פחד ,קלאוסטרופוביה ,חרדה**ANXIETY, CLAUSTROPHOBIA, FEAR OF DEPTH |
|  |  | **13. רפלוקס) ,פפטי (כיב העיכול מערכת של כרוניות מחלות**CHRONIC DISEASES OF THE DIGESTIVE TRACT (PEPTIC ULCER, REFLUX) |
|  |  | **14. דם לחץ יתר**HYPERTENSION |
|  |  | **15. קרישה) בתפקודי בעיות ,אנמיה) המטולוגיות בעיות**HEMATOLOGICAL PROBLEMS (ANEMIA, PROBLEMS WITH BLOOD CLOTTING) |
|  |  | **16.השדרה בעמוד חבלות**INJURY TO THE SPINE |
|  |  | **17האוזן). של ברוטראומה ,אוויר תסחיף , דקומפרסיה) צלילה תאונות**DIVING ACCIDENTS (DCI, AIR EMBOLISM, BAROTRAUMA OF THE EAR) |
|  |  | **18. תא לחץ)) היפרברי לטיפול בעבר נזקקת האם** WERE YOU EVER IN NEED OF HYPERBARIC TREATMENT? (RECOMPRESSION CHAMBER) |
|  |  | **19. פרט-חולים בבית אשפוז**HOSPITALIZATION – SPECIFY  |
|  |  | **20. פרט – ניתוחים**SURGERY – SPECIFY |
|  |  | **21. סמים או לאלכוהול התמכרות**ADDICTION TO ALCOHOL OR DRUGS |
|  |  | **22. פרט ,בתרופות קבוע שימוש**REGULAR USE OF MEDICATION – SPECIFY  |
|  |  | **23. ? בהריון הנך האם**ARE YOU PREGNANT? |
|  |  | **24. ?רפואיות מסיבות בצלילה בעבר הוגבלת האם**WERE YOU EVER LIMITED IN DIVING FOR MEDICAL REASONS? |

**INFORMATION ADDITIONAL** מידע נוסף

GIVING FALSE INFORMATION WILL RESULT IN SUSPENSION FROM DIVING ACTIVITY WITHIN THE INSTITUTE AND WILL EXEMPT THE DOCTOR AND THE MANAGEMENT OF THE INSTITUTE FROM ANY RESPONSIBILITY

להרחקת תגרום נכונים לא פרטים מסירת את ותפטור המכון במסגרת צלילה פעילות

.אחריות מכל המכון הנהלת ואת הרופא



s In Eilat

המעבדה של מיסודה

DATE תאריך

SIGNATURE חתימה

** DIVING MEDICAL APPROVAL אישור רופא צלילה**

I examined the above mentioned individual and found him fit for scientific diving, in accordance with the medical standards in the diving procedures of the Institute.

Checked tests are marked below (according to the doctor).

**During All Initial and Periodic Re-Exams:**

* Medical history
* Complete physical exam, with emphasis on neurological and ontological components
* Urinalysis

**During First Exam Over Age 40**

* Medical history
* Complete physical exam, with emphasis on neurological and ontological components
* **Chest x-ray (Required only during first exam over age 40)**
* Urinalysis
* Blood lipid
* Blood glucose
* Resting ECG **(Above the age of 45 - a stress EKG test is also required**)
* Assessment of coronary artery disease using Multiple-Risk-Factor Assessment (age, lipid profile, blood pressure, diabetic screening, smoker)
* **Periodic re-examination every 5 years, over the age of 40 every 3 years and over the age of 60 every 2 years**

**Any further tests deemed necessary by the physician**

**\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בדקתי את הנ"ל ומצאתי אותו כשיר לצלילה מדעית עפ"י הקריטריונים הרפואיים הבאים אשר מופיעים בקובץ נוהלי הצלילה של המכון:

 להלן בדיקות שהנבדק עבר (מסומן ע"י הרופא) :

**סוגי בדיקות שיש צורך לעבור ע"י רופא**

* היסטוריה רפואית
* בדיקת גופנית מלאה בדגש על רכיבים

 נוירולוגים ואוטולוגים

* בדיקת שתן כללית
* **בדיקות עבור צוללים מעל גיל 40**
* **היסטוריה רפואית**
* **בדיקת גופנית מלאה בדגש על רכיבים**

 **נוירולוגים ואוטולוגים**

* **צילום רנטגן חזה (נדרש רק במהלך הבחינה הראשונה מעל גיל 40)**
* בדיקת שתן כללית
* בדיקת שומנים בדם
* בדיקת סוכר בצום
* א.ק.ג. במנוחה (**מעל גיל 45 יש לבצע א.ק.ג במאמץ**)
* הערכת מחלה לב כלילית באמצעות הערכת גורמי סיכון (גיל, היסטוריה משפחתית, פרופיל שומנים בדם, לחץ דם, סוכרת ועישון).
* **יש לבצע בדיקה רפואית לצלילה כל 5 שנים, מעל גיל 40 כל 3 שנים ומעל גיל 60 כל שנתיים**

**כל בדיקה נוספת על פי החלטת הרופא**: **\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**בדקתי את הנ"ל ומצאתי אותו כשיר לצלילה מדעית עפ"י הקריטריונים הרפואיים**

**אשר מופיעים בקובץ נוהלי הצלילה של המכון:**

**I examined the above-mentioned individual and found him fit for scientific diving,**

**in accordance with the medical standards in the diving procedures of this Institute.**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם הנבדק:

Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך

Remarks: הערות:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם הרופא:

License No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מס' רישיון: