



Nome

Cognome

Mettendo il mio nome qui, concordo di essere responsabile dei contenuti di questa pagina.

Esperienza Scuba introduttiva SSI: Controllo della forma fisica idonea per immergersi

L'immersione Scuba è un'attività avventurosa ed eccitante, ma può essere molto affaticante e potenzialmente pericolosa. Come per tutte le avventure subacquee, in particolare quelle con apparati di respirazione subacquea, ci sono pericoli specifici che non possono essere eliminati, che possono causare lesioni serie, malattie o morte. Devi essere in buona salute per immergerti. Se hai dubbi sulla tua idoneità fisica, mentale e medica ad immergerti, dovresti consultare un medico, che può valutare i tuoi fattori di rischio.

Questo form ti aiuta a determinare se è il caso che tu ti faccia esaminare da un medico. Se hai dubbi sulla tua idoneità all'immersione, devi ottenere l'approvazione di un medico, prima di immergerti. Non ottenere l'approvazione di un medico può significativamente aumentare il rischio di lesioni, malattie o morte. Tu sei l'unico in grado di valutare onestamente la tua idoneità all'immersione, e sei perciò il responsabile ultimo per la tua sicurezza ed il tuo benessere, quando ti impegni in attività d'immersione (inclusi i trasferimenti in barca, vestizione e svestizione dell'attrezzatura, entrare in acqua ed uscirne, ecc)

Rispondi a ciascuna delle seguenti domande sul tuo passato e presente stato di salute, marcando il box [NO] o [SI']. Se non sei sicuro, segna [SI']. Una risposta [SI'] indica un possibile fattore di rischio che deve essere valutato da un medico. Se qualcuna di queste condizioni è applicabile al tuo stato di salute, devi ottenere l'approvazione di un medico, prima di partecipare a qualsiasi esperienza o corso d'immersione SSI.

- | | | |
|---|------|-------|
| 1. Sei in trattamento o sotto cura da un medico, per condizioni fisiche, mentali o di salute? | [NO] | [SI'] |
| 2. Prendi medicinali che necessitano ricetta (esclusi quelli per il controllo delle nascite)? | [NO] | [SI'] |

Sei in trattamento, o lo sei stato negli ultimi due anni per una qualsiasi delle seguenti condizioni:

- | | | |
|---|------|-------|
| 3. Anomalie cardiache, circolatorie, pressorie o di sanguinamento? | [NO] | [SI'] |
| 4. Ictus, convulsioni, lesioni cerebrali, perdita di coscienza, problemi comportamentali o neurologici? | [NO] | [SI'] |
| 5. Problemi alle orecchie, ai seni, alla gola, o ai polmoni, asma compresa? | [NO] | [SI'] |
| 6. Diabete, severe allergie, obesità, disordini gastrici o enterici? | [NO] | [SI'] |
| 7. Problemi muscoloscheletrici, di resistenza, di forza o di mobilità, che danneggino la tua capacità di nuoto? | [NO] | [SI'] |

Se hai risposto SI' ad una di queste domande, devi essere valutato da un medico che deve giudicarti idoneo all'immersione, prima di qualsiasi attività in acqua. Tu sei responsabile di ottenere un form firmato di approvazione all'immersione di un medico, e di consegnare il form completato al tuo istruttore, prima di ogni addestramento in acqua.

Oltre a ciò, se sei sotto l'effetto di alcool o di sostanze stupefacenti, non sei in grado di nuotare, sei soggetto ad attacchi di panico, sei incapace di esercitare il buon senso o non sei capace di tutelare il tuo stesso benessere, allora sei soggetto ad un aumento significativo del rischio di lesioni, malattie o morte, quando sei in acqua, e dovresti incondizionatamente evitare di nuotare o immergerti. Non riempire con sincerità questo form può esitare in lesioni, malattie o morte.

Accetto esplicitamente di assumermi la piena responsabilità per la mancata comunicazione di eventuali condizioni di salute passate o attuali che incidono sulla mia sicurezza durante l'immersione.

Firma del partecipante

Firma del genitore/tutore (quando necessario)

Data (GG/MM/AA)

Data (GG/MM/AA)

Medico

Impressione del medico

Non ho riscontrato condizioni mediche che controindichino la pratica dell'immersione.

Non posso raccomandare che il soggetto pratichi l'immersione subacquea.

Firma del medico o del rappresentante legale dello studio medico

Data (GG/MM/AA)

Nome o timbro del medico

Clinica/Ospedale

Indirizzo

Tel.

Email