



Nome do Participante

Data de Nascimento

(Letra de Imprensa)

Data (DD/MM/AA)



## Saúde do Mergulhador | Questionário do Participante

O mergulho autónomo e mergulho livre recreativos requerem boa saúde física e mental. Existem algumas condições médicas que podem ser perigosas durante o mergulho, listadas abaixo. Aqueles que têm, ou estão predispostos a qualquer uma dessas condições, devem ser avaliados por um médico. Este Questionário de Saúde do Mergulhador fornece uma base para determinar se deve procurar essa avaliação. Se tem alguma preocupação com a sua aptidão física para o mergulho, não listada neste formulário, consulte o seu médico antes de mergulhar. Se está a sentir-se doente, evite mergulhar. Se julga que pode ter uma doença contagiosa, proteja-se a si e aos outros não participando na formação de mergulho e/ou nas atividades de mergulho. As referências a "mergulho" neste formulário abrangem ambos, o mergulho autónomo e o mergulho livre recreativos. Este formulário foi projetado principalmente como triagem médica inicial para novos mergulhadores, mas também é apropriado para mergulhadores em formação contínua. Para sua segurança, e a de outros que possam mergulhar consigo, responda a todas as perguntas honestamente.

### Instruções

**Preencha este questionário como um pré-requisito para um curso de mergulho autónomo ou mergulho livre recreativos.**

**Nota para as mulheres:** Se está grávida, ou a tentar engravidar, não mergulhe.

1	Tive problemas com os meus pulmões, respiração, coração e/ou sangue que afetaram o meu normal desempenho físico ou mental.	<input type="checkbox"/> Sim Vá para a caixa A	<input type="checkbox"/> Não
2	Tenho mais de 45 anos de idade.	<input type="checkbox"/> Sim Vá para a caixa B	<input type="checkbox"/> Não
3	Tenho dificuldade em realizar exercícios moderados (por exemplo, andar 1,6 km em 14 minutos ou nadar 200 metros sem descansar), OU não pude participar numa atividade física normal devido a motivos de aptidão física ou de saúde nos últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
4	Tive problemas com os meus olhos, ouvidos ou vias nasais/seios-da-face.	<input type="checkbox"/> Sim Vá para a caixa C	<input type="checkbox"/> Não
5	Fiz cirurgia nos últimos 12 meses, OU tenho problemas atuais relacionados com uma cirurgia passada.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
6	Perdi a consciência, tive crise de enxaqueca, convulsões, AVC, ou lesão significativa na cabeça, OU sofro de lesão neurológica ou doença neurológica persistentes.	<input type="checkbox"/> Sim Vá para a caixa D	<input type="checkbox"/> Não
7	Estou atualmente em tratamento (ou precisei de tratamento nos últimos cinco anos) para problemas psicológicos, transtorno de personalidade, ataques de pânico ou dependência de drogas ou álcool, ou fui diagnosticado com uma deficiência de aprendizagem ou de desenvolvimento.	<input type="checkbox"/> Sim Vá para a caixa E	<input type="checkbox"/> Não
8	Tive problemas de coluna, hérnias, úlceras ou diabetes.	<input type="checkbox"/> Sim Vá para a caixa F	<input type="checkbox"/> Não
9	Tive problemas estomacais ou intestinais, incluindo diarreia recente.	<input type="checkbox"/> Sim Vá para a caixa G	<input type="checkbox"/> Não
10	Estou a tomar medicamentos prescritos (com exceção de controlo de natalidade ou medicamentos anti maláricos que não sejam mefloquina (Lariam).	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não

## Assinatura do Participante

**Se respondeu NÃO a todas as 10 questões acima, não é necessária uma avaliação médica. Por favor, leia e concorde com a declaração do participante abaixo, assinando-a e datando-a.**

**Declaração do Participante:** Eu respondi a todas as perguntas honestamente, e entendo que aceito a responsabilidade por quaisquer consequências resultantes de quaisquer perguntas que eu possa ter respondido de forma imprecisa ou pela minha falha em divulgar quaisquer condições de saúde existentes ou passadas.

Assinatura do Participante (ou, em caso de menor de idade, é requerida a assinatura dos pais/responsável).

Data (DD/MM/AA)

Nome do Participante (Letra de imprensa)

Data de Nascimento (DD/MM/AA)

Nome do instrutor (Letra de imprensa)

Nome da Escola/Operadora (Letra de imprensa)

\* Se respondeu SIM às perguntas 3, 5 ou 10 acima OU a qualquer uma das perguntas na página 2, por favor, leia e concorde com a declaração acima, assinando-a e datando-a, E leve todas as três páginas deste formulário (Questionário do Participante e o Formulário de Avaliação Médica) ao seu médico(a) para uma avaliação médica. A participação num curso de mergulho requer aprovação do seu médico(a).

Data da Versão: 2022-02-01 1 of 3 © 2020



Nome do Participante

Data de Nascimento

(Letra de Imprensa)

Data (DD/MM/AA)

## Saúde do Mergulhador | Saúde do Mergulhador

### CASA A - TENHO/TIVE:

Cirurgia torácica, cirurgia cardíaca, cirurgia de válvula cardíaca, um dispositivo médico implantável (por exemplo: stent, pacemaker, neuro estimulador), pneumotórax e/ou doença pulmonar crônica.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Asma, pieira, alergia grave, febre-dos-fenos ou vias aéreas congestionadas nos últimos 12 meses, que limitam minha atividade física/exercício.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Um problema ou doença envolvendo o coração como: angina, dor no peito ao esforço, insuficiência cardíaca, edema pulmonar de imersão, ataque cardíaco ou AVC, OU estou a tomar medicação para qualquer condição cardíaca.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Bronquite recorrente e atualmente com tosse nos últimos 12 meses, OU fui diagnosticado com enfisema.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Sintomas que afetam os meus pulmões, a respiração, o coração e/ou o sangue nos últimos 30 dias que prejudiquem o meu desempenho físico e psicológico.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não

### CAIXA B – TENHO MAIS DE 45 ANOS DE IDADE E:

Atualmente fumo ou inalo nicotina por outros meios.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Eu tenho um nível elevado de colesterol.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Eu tenho tensão alta.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Tive um familiar próximo que morreu de repente ou de doença cardíaca ou AVC antes dos 50 anos, OU tenho um histórico familiar de doença cardíaca antes dos 50 anos (incluindo ritmos cardíacos anormais, doença arterial coronariana ou cardiomiopatia).	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não

### CAIXA C - TENHO/TIVE:

Cirurgia ao ouvido nos últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Doença do ouvido ou cirurgia de ouvido, perda auditiva ou problemas com equilíbrio.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Sinusite recorrente nos últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Cirurgia ocular nos últimos 3 meses.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não

### CAIXA D - TENHO/TIVE:

Lesão na cabeça com perda de consciência nos últimos 5 anos.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Lesão neurológica ou doença neurológica persistentes.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Crises recorrentes de enxaqueca nos últimos 12 meses, ou tomo medicamentos para preveni-las.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
“Apagamentos” ou desmaios (perda total/parcial da consciência) nos últimos 5 anos.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Epilepsia, tremores ou convulsões, OU tomo medicamentos para preveni-los.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não

### CAIXA E - TENHO/TIVE:

Problemas de saúde comportamental, mentais ou psicológicos que requerem medicação/tratamento psiquiátrico.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Depressão grave, ideação suicida, ataques de pânico, transtorno bipolar descontrolado que requerem medicação/tratamento psiquiátrico.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Fui diagnosticado com uma condição de saúde mental ou com um distúrbio de aprendizagem/desenvolvimento que requer cuidados contínuos ou acomodação especial.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Vício em drogas ou álcool que requereram tratamento nos últimos 5 anos.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não

### CAIXA F - TENHO/TIVE:

Problemas de coluna recorrentes, nos últimos 6 meses, que limitam minha atividade quotidiana.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Cirurgia nas costas ou coluna vertebral nos últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Diabetes, controlada por medicamentos ou dieta, OU diabetes gestacional nos últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Uma hérnia não corrigida que limita minhas habilidades físicas.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Úlceras ativas ou não tratadas, feridas complexas ou cirurgia de úlcera nos últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não

### CAIXA G - TIVE:

Cirurgia de ostomia e não tenho autorização médica para nadar ou praticar atividade física.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Desidratação que requereu intervenção médica nos últimos 7 dias.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Úlceras estomacais ou intestinais ativas ou não tratadas, ou cirurgia de úlcera nos últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Azia frequente, regurgitação ou doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Colite ulcerativa ou doença de Crohn ativas ou descontroladas.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não
Cirurgia bariátrica nos últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sim *	<input type="checkbox"/> Não

\*Necessária avaliação médica (ver página 1). 2 de 3 © 2020



Nome do Participante

Data de Nascimento

(Letra de Imprensa)

Data (DD/MM/AA)

## Saúde do Mergulhador | Formulário de Avaliação do Médico Examinador

A pessoa acima mencionada solicita a sua opinião sobre a aptidão médica para participar numa formação ou atividade de mergulho autónomo ou mergulho livre recreativos. Visite a página [uhms.org](http://uhms.org) para orientação médica sobre condições médicas relacionadas com o mergulho. Reveja as áreas relevantes com o seu paciente como parte da sua avaliação.

### Resultado da Avaliação

- Aprovado – Não encontro condições que considero incompatíveis com mergulho autónomo ou mergulho livre recreativos.
- Não aprovado – Encontro condições que considero incompatíveis com mergulho autónomo ou mergulho livre recreativos.

Assinatura do médico certificado ou de outro provedor médico legalmente certificado

Data (DD/MM/AA)

Nome do Médico Examinador

(Letra de Imprensa)

Graus/Credenciais Clínicas

Clínica/Hospital

Morada

Telefone

EMAIL

### Carimbo do Médico (Opcional)

Criado pelo Diver Medical Screen Committee em associação com os seguintes:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (EUA)**

**DAN Europe**

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