

## Modulo medico-subacqueo | Questionario per il partecipante

L'attività d'immersione ricreativa, con autorespiratore o in apnea, richiede una buona salute fisica e mentale. Di seguito sono riportate L'attività d'immersione ricreativa, con autorespiratore o in apnea, richiede una buona salute fisica e mentale. Esistono condizioni mediche che possono essere rischiose durante l'immersione. Coloro che hanno una o più di queste condizioni, o vi sono predisposti, dovrebbero essere visitati da un medico. Il presente modulo medico-subacqueo (questionario per il partecipante) fornisce una base per determinare la necessità o meno di sottoporsi a tale visita medica. Se si nutrono delle preoccupazioni circa la propria idoneità all'attività d'immersione su condizioni mediche non rappresentate in questo modulo, si raccomanda di consultare il proprio medico prima di immergersi. Se non ti senti bene, evita di immergerti. Se pensi che potresti aver contratto una malattia infettiva, proteggiti te stesso e gli altri non partecipando all'addestramento e/o ad altre attività d'immersione. In questo modulo, la parola "subacquea" indica l'immersione tanto con autorespiratore quanto in apnea. Il presente modulo è concepito principalmente come screening medico iniziale per i nuovi subacquei, ma è adatto anche a chiunque intenda intraprendere qualsiasi attività subacquea. Per la tua sicurezza e quella di chi si immerge con te, rispondi a tutte le domande in modo veritiero.

### Istruzioni

**Completa il seguente questionario come prerequisito al corso di subacquea con autorespiratore o in apnea.**

**Se rispondi NO:** a ciascuna delle 10 domande in basso, non è richiesta una visita medica. Per favore, leggi e accetta la sottostante dichiarazione del partecipante firmandola e datandola.

**\* Se rispondi SI:** alle domande 3, 5 o 10 **OPPURE** a una qualsiasi delle domande di pagina 2, per favore leggi e accetta la dichiarazione sottostante firmandola e datandola **E porta le tre pagine di questo modulo (il Questionario del Partecipante e il Modulo di Valutazione del Medico) al tuo medico** per una valutazione. È richiesta la valutazione medica.

**Nota per le donne:** se sei incinta o stai provando a restare incinta, non immergerti.

1	Ho avuto problemi a livello polmonare, respiratorio, cardiaco e/o ematologico che hanno influenzato le mie normali prestazioni fisiche o mentali.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box <b>A</b>	No <input type="checkbox"/>
2	Ho più di 45 anni.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box <b>B</b>	No <input type="checkbox"/>
3	Fatico a svolgere esercizio fisico moderato (ad esempio, camminare 1,6 km in 14 minuti o nuotare per 200 metri senza riposare), oppure non sono stato in grado di prendere parte a una normale attività fisica per ragioni di forma fisica o salute negli ultimi 12 mesi.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
4	Ho avuto problemi agli occhi, alle orecchie, alle vie nasali o ai seni paranasali oppure ai denti.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box <b>C</b>	No <input type="checkbox"/>
5	Negli ultimi 12 mesi ho subito un intervento chirurgico, oppure ho problemi persistenti legati a un intervento chirurgico subito in passato.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
6	Ho perso conoscenza, ho sofferto di emicrania, convulsioni, ictus, gravi traumi cranici o soffro di lesioni o malattie neurologiche persistenti. Soffro di una patologia che può causare un improvviso deterioramento o compromissione delle funzioni neurologiche.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box <b>D</b>	No <input type="checkbox"/>
7	Sono attualmente in terapia (o ho avuto bisogno di una terapia negli ultimi 5 anni) per problemi psicologici, disturbi della personalità, attacchi di panico, o per una dipendenza da droghe o alcol; o mi è stato diagnosticato un disturbo dell'apprendimento o dello sviluppo.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box <b>E</b>	No <input type="checkbox"/>
8	Ho avuto problemi di schiena, ernie, ulcere o diabete.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box <b>F</b>	No <input type="checkbox"/>
9	Ho avuto problemi gastrici o intestinali, compresa recente diarrea.	Si <input type="checkbox"/> Vai al box <b>G</b>	No <input type="checkbox"/>
10	Attualmente sto assumendo uno o più farmaci su prescrizione medica. (Nota: tra questi, non sono da considerare contraccettivi, terapia ormonale sostitutiva per la menopausa e farmaci antimalarici, a meno che non si tratti di meflochina [Lariam]).	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

### Firma del partecipante

**Dichiarazione del partecipante:** ho risposto a tutte le domande in modo veritiero e comprendo di accettare la responsabilità per qualsiasi conseguenza derivante dal non aver risposto correttamente a una qualsiasi delle domande o per non aver rivelato condizioni mediche attuali o passate.

\_\_\_\_\_  
Firma del partecipante (o, se minore, del genitore o tutore del partecipante)

\_\_\_\_\_  
Data (gg/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nome del partecipante (leggibile)

\_\_\_\_\_  
Data di nascita (gg/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nome dell'Istruttore (leggibile)

\_\_\_\_\_  
Nome della struttura (leggibile)

**Modulo medico-subacqueo** | Seguito del questionario del partecipante

<b>BOX A - HO / HO AVUTO:</b>		
Un intervento chirurgico al torace, al cuore, alle valvole cardiache, un dispositivo medico impiantabile (ad es., stent, pacemaker, neurostimolatore) o uno pneumotorace (polmone collassato)..	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Asma, dispnea, allergie gravi, febbre da fieno o vie aeree congestionate negli ultimi 12 mesi che limitano la mia attività/esercizio fisico.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un problema o malattia riguardante il mio cuore come: angina, dolore al petto quando sotto sforzo, insufficienza cardiaca, edema polmonare da immersione, attacco di cuore o ictus, oppure sto assumendo farmaci per una qualsivoglia condizione cardiaca.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Bronchite ricorrente e tuttora tosse negli ultimi 12 mesi, oppure mi è stato diagnosticato un enfisema.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Sintomi che hanno riguardato i polmoni, la respirazione, il cuore e/o il sangue negli ultimi 30 giorni, tali da limitare le mie prestazioni fisiche o mentali.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX B - HO PIÙ DI 45 ANNI E:</b>		
Fumo o inalo nicotina in altri modi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ho un livello alto di colesterolo.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ho pressione arteriosa alta.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un mio stretto consanguineo è morto improvvisamente per malattia cardiaca o ictus prima dei 50 anni di età, oppure ho una storia familiare di malattie cardiache prima dei 50 anni di età (inclusi ritmo cardiaco anormale, patologia coronarica o cardiomiopatia).	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX C - HO / HO AVUTO:</b>		
Un intervento chirurgico ai seni paranasali negli ultimi 6 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una patologia auricolare o un'operazione chirurgica all'orecchio, perdita di udito o problemi di equilibrio.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Sinusite ricorrente negli ultimi 12 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Sono ancora in fase di guarigione/recupero dopo un recente intervento odontoiatrico/orale.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX D - HO / HO AVUTO:</b>		
Un trauma cranico con perdita di coscienza negli ultimi 5 anni.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una patologia neurologica cronica.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Emicrania ricorrente negli ultimi 12 mesi o assumo farmaci per prevenirla.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Perdita di sensi o svenimenti (totale/parziale perdita di coscienza) negli ultimi 5 anni.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Epilessia, uno o più episodi di crisi convulsive, oppure assumo farmaci per prevenirli.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX E - HO / HO AVUTO:</b>		
Problemi comportamentali, mentali o psicologici che richiedono terapia medica/psichiatrica.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Forte depressione, idee suicidarie, attacchi di panico, disturbo bipolare non controllato che richiede terapia farmacologica/psichiatrica.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una diagnosi di malattia mentale o di disturbo dell'apprendimento/sviluppo che richiede una cura continua o speciali adattamenti.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una dipendenza da droghe o alcol che richiede terapia negli ultimi 5 anni.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX F - HO / HO AVUTO:</b>		
Problemi di schiena ricorrenti negli ultimi 6 mesi che limitano la mia vita quotidiana.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un intervento chirurgico alla schiena o alla colonna vertebrale negli ultimi 12 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Diabete, controllato mediante farmaci o dieta, oppure diabete gestazionale negli ultimi 12 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un'ernia non corretta che limita le mie abilità fisiche.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ulcere attive o non trattate, problematiche di cicatrizzazione o un'operazione per ulcera negli ultimi 6 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>BOX G - HO AVUTO:</b>		
Un intervento di stomia e non ho l'autorizzazione medica per nuotare o praticare attività fisica.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Disidratazione tale da richiedere intervento medico negli ultimi 7 giorni.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ulcere gastriche o intestinali attive non curate o un'operazione per ulcera negli ultimi 6 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Frequente bruciore di stomaco, rigurgito o malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE).	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Patologia quale Rettocolite ulcerosa o morbo di Crohn attiva o non controllata.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un intervento di chirurgia bariatrica negli ultimi 12 mesi.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

# Modulo medico-subacqueo | Modulo di valutazione del medico esaminatore

Nome del partecipante

Data di nascita

(Leggibile)

Data (gg/mm/aaaa)

La persona sopramenzionata richiede la Sua opinione circa la propria idoneità a partecipare a un addestramento o attività di immersione ricreativa con autorespiratore o in apnea. Per favore, visiti il sito [uhms.org](http://uhms.org) per un orientamento medico sulla relazione tra condizioni mediche e subacquea. Controlli le aree rilevanti per il suo paziente come parte della Sua valutazione.

## Esito della valutazione

(L'inserimento di eventuali commenti aggiuntivi su questo modulo potrebbe renderlo non valido per alcune agenzie o organizzazioni.)

Approvato - Non ravviso condizioni che reputo incompatibili con la subacquea ricreativa con autorespiratore o in apnea.

Non approvato - Ravviso condizioni che reputo incompatibili con la subacquea ricreativa con autorespiratore o in apnea.

Firma del medico

Data (gg/mm/aaaa)

Nome del medico  
esaminatore

Attestati  
clinici/credenziali

(Leggibile)

Clinica / ospedale

Indirizzo

Telefono

Email

Timbro del medico / della clinica (facoltativo)

Creato dal [Diver Medical Screen Committee](#) in collaborazione con le seguenti organizzazioni:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

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