



## Saúde do Mergulhador | Questionário do Participante

Mergulho autônomo 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 você tem alguma preocupação com a sua aptidão física para o mergulho, não listada neste formulário, consulte o seu médico antes de mergulhar. Se você se sente mal, evite mergulhar. Se acha que pode ter uma doença contagiosa, proteja-se a si mesmo e aos outros não participando na formação de mergulho e/ou atividades de mergulho. As referências a “mergulho” neste formulário abrangem ambos, o mergulho autônomo 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 autônomo ou mergulho livre recreativos.**

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

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

### Assinatura do Participante

Se você respondeu NÃO a todas as 10 perguntas acima, uma avaliação médica não é necessária. 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 por minha falha em divulgar quaisquer condições de saúde existentes ou passadas.

Assinatura do participante (pai/mãe ou responsável-legal do participante menor-de-idade)

Data (dia/mês/ano)

Nome do participante

Nascimento (dia/mês/ano)

Nome do instrutor

Nome da Escola/Operadora

\* Se você 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).

## Saúde do Mergulhador | Saúde do Mergulhador

<b>QUADRO A – EU TENHO/TIVE:</b>		
Cirurgia torácica, cirurgia cardíaca, cirurgia da válvula cardíaca, colocação de stent ou pneumotórax (pulmão colapsado) e/ou outra doença crônica pulmonar.	Sim * <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Asma, chiado, alergia grave, febre-do-feno ou vias aéreas congestionadas nos últimos 12 meses, que limitam a minha atividade física/exercício.	Sim *	Não
Um problema ou doença envolvendo o meu coração como: angina, dor no peito ao esforço, insuficiência cardíaca, edema pulmonar de imersão, ataque cardíaco ou derrame, OU estou a tomar medicação para qualquer condição cardíaca.	Sim *	Não
Bronquite recorrente e atualmente tossindo nos últimos 12 meses, OU fui diagnosticado com enfisema.	Sim *	Não
Sintomas que afetam os meus pulmões, respiração, coração e/ou sangue nos últimos 30 dias que prejudicam o meu desempenho físico ou mental.	Sim *	Não
<b>QUADRO B – TENHO MAIS DE 45 ANOS E:</b>		
Atualmente fumo ou inalo nicotina por outros meios.	Sim *	Não
Eu tenho um alto nível de colesterol.	Sim *	Não
Eu tenho pressão alta.	Sim *	Não
Eu tive um parente próximo que morreu de repente ou de doença cardíaca ou derrame 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).	Sim *	Não
<b>QUADRO C – EU TENHO/TIVE:</b>		
Doença do ouvido ou cirurgia de ouvido, perda auditiva ou problemas com equilíbrio.	Sim *	Não
Doença do ouvido ou cirurgia de ouvido, perda auditiva ou problemas com equilíbrio.	Sim *	Não
Sinusite recorrente nos últimos 12 meses.	Sim *	Não
Cirurgia ocular nos últimos 3 meses.	Sim *	Não
<b>QUADRO D – EU TENHO/TIVE:</b>		
Lesão na cabeça com perda de consciência nos últimos 5 anos.	Sim *	Não
Lesão neurológica ou doença neurológica persistentes.	Sim *	Não
Crises recorrentes de enxaqueca nos últimos 12 meses, ou tomo medicamentos para preveni-las.	Sim *	Não
"Apagamentos" ou desmaios (perda total/parcial da consciência) nos últimos 5 anos.	Sim *	Não
Epilepsia, tremores ou convulsões, OU tomo medicamentos para preveni-los.	Sim *	Não
<b>QUADRO E – EU TENHO/TIVE:</b>		
Problemas de saúde comportamental, mentais ou psicológicos que requerem medicação/tratamento psiquiátrico.	Sim *	Não
Depressão grave, ideias suicidas, ataques de pânico, transtorno bipolar descontrolado que requerem medicação/tratamento psiquiátrico.	Sim *	Não
Diagnóstico de uma condição de saúde mental ou um transtorno de aprendizagem/desenvolvimento que requer cuidados contínuos.	Sim *	Não
Vício em drogas ou álcool que requereram tratamento nos últimos 5 anos.	Sim *	Não
<b>QUADRO F – EU TENHO/TIVE:</b>		
Problemas de coluna recorrentes, nos últimos 6 meses, que limitam minha atividade cotidiana.	Sim *	Não
Cirurgia nas costas ou coluna vertebral nos últimos 12 meses.	Sim *	Não
Diabetes, controlado por medicação ou por dieta, OU diabetes gestacional nos últimos 12 meses.	Sim *	Não
Uma hérnia não corrigida que limita minhas habilidades físicas.	Sim *	Não
Úlceras ativas ou não tratadas, feridas complexas ou cirurgia de úlcera nos últimos 6 meses.	Sim *	Não
<b>QUADRO G – EU TIVE:</b>		
Cirurgia de ostomia e não tenho autorização médica para nadar ou praticar atividade física.	Sim *	Não
Desidratação que requereu intervenção médica nos últimos 7 dias.	Sim *	Não
Úlceras estomacais ou intestinais ativas ou não tratadas, ou cirurgia de úlcera nos últimos 6 meses.	Sim *	Não
Azia frequente, regurgitação ou doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).	Sim *	Não
Colite ulcerativa ou doença de Crohn ativas ou descontroladas.	Sim *	Não
Cirurgia bariátrica nos últimos 12 meses.	Sim *	Não

\* Necessária avaliação por um médico (ver página 1).

## Saúde do Mergulhador | Formulário de Avaliação Médica

A pessoa acima mencionada solicita a sua opinião sobre a sua aptidão médica para participar na formação ou atividade de mergulho autônomo ou mergulho livre recreativos. Por favor, visite [uhms.org](http://uhms.org) para orientação médica sobre condições médicas relacionadas ao mergulho. Revise as áreas relevantes ao seu paciente como parte de sua avaliação.

### Resultado da Avaliação

Aprovado – Não encontro condições que considero incompatíveis com a prática do mergulho autônomo ou mergulho livre recreativos.

Não aprovado – Encontro condições que considero incompatíveis com mergulho autônomo ou mergulho livre recreativos.

---

Assinatura do Médico

Data (dia/mês/ano)

**Nome do médico**

(Escreva)

**Especialidade**

**Clínica/Hospital**

**Endereço**

**Telefone**

**Email**

Carimbo do Médico/Clinica (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**