

REIAL DECRET 550/2020, DE 2 DE JUNY 2020 , PEL QUAL ES DETERMINEN LES CONDICIONS DE SEGURETAT DE LES ACTIVITATS DE BUSSEIG

ANEX 1

QÜESTIONARI SOBRE L'ESTAT DE SALUT PER A LA PRÀCTICA DEL BUSSEIG RECREATIU

El busseig requereix una bona salut física i mental. Hi ha algunes condicions mèdiques que poden ser perilloses durant la pràctica del busseig, i que s'enumeren a continuació. Aquells que tenen predisposició o que ja tenen qualsevol d'aquestes condicions, han de ser avaluats per un metge. Aquest Qüestionari Mèdic del Bussejador proporciona una base per determinar si vostè ha de fer-se aquesta avaluació mèdica. Si té alguna inquietud sobre el seu estat físic per a la pràctica del busseig i no estan representades en aquest formulari, consulti el seu metge abans de bussejar. Les referències a "busseig" en aquest formulari abasten tant el busseig recreatiu amb equip autònom com el busseig en apnea. Aquest formulari està dissenyat principalment com un examen mèdic inicial per als nous bussejadors, però també és apropiat per als bussejadors que reben educació contínua. Per la seva seguretat i la d'altres persones que poden bussejar amb vostè, respongui a totes les preguntes honestament.

INSTRUCCIONS

COMPLETI AQUEST QÜESTIONARI COM REQUISIT PREVI PER A L'ENTRENAMENT DE APNEA O DE BUSSEIG AMB EQUIP AUTÒNOM

Nota per a les dones: Si vostè està embarassada, o està intentant quedar-se embarassada, NO bussegi.

1. He tingut problemes amb els meus pulmons o respiració, cor o sang	SI <input type="checkbox"/> ->anar al quadre A	NO <input type="checkbox"/>
2. Tinc més de 45 anys	SI <input type="checkbox"/> ->anar al quadre B	NO <input type="checkbox"/>
3. Em costa fer exercici moderat (per exemple, caminar 1,6 quilòmetres en 12 minuts o nedar 200 metres sense descansar), o no he pogut participar en una activitat física normal a causa de raons d'estat físic o de salut en els últims 12 mesos	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
4. He tingut problemes amb els meus ulls, oïdes, o fosses nasals o sinus paranasals .	SI <input type="checkbox"/> ->anar al quadre C	NO <input type="checkbox"/>
5. He tingut una cirurgia en els últims 12 mesos, o tinc problemes continus relacionats amb una cirurgia anterior	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
6. He perdut el coneixement, he tingut mals de cap per migranya, convulsions, accident vascular cerebral, lesió significativa al cap, o he patit de lesió o malaltia neurològica persistent	SI <input type="checkbox"/> ->anar al quadre D	NO <input type="checkbox"/>
7. He tingut problemes psicològics, m'han diagnosticat una discapacitat d'aprenentatge, trastorn de la personalitat, atacs de pànic o una addicció a les drogues o l'alcohol	SI <input type="checkbox"/> ->anar al quadre E	NO <input type="checkbox"/>
8. He tingut problemes d'esquena, hèrnia, úlceres o diabetis	SI <input type="checkbox"/> ->anar al quadre F	NO <input type="checkbox"/>
9. He tingut problemes estomacals o intestinals , incloent diarrea recent	SI <input type="checkbox"/> ->anar al quadre G	NO <input type="checkbox"/>
10. Estic prenent medicaments receptats (amb l'excepció dels anticonceptius o els medicaments antipalúdics	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>

Signatura del Participant

Si va respondre NO a les 10 preguntes anteriors, no es requereix una avaluació mèdica.
Si us plau, llegiu i accepteu la declaració del participant a continuació amb la data i la seva signatura.

Declaració del participant : He respost a totes les preguntes honestament, i entenc que accepto la responsabilitat per qualsevol conseqüència resultant de qualsevol pregunta que pugui haver respost inexactament o per no haver revelat qualsevol condició de salut existent o passada.

Signatura del participant (o, si és menor d'edat, es requereix la signatura del pare / tutor del participant).

X

DATA

Nom del participant

Data de naixement

Nom del instructor

Nom de centre de busseig
CALYPSO ESTARTIT SL

* Si va respondre Sí a les preguntes 3, 5 o 10 anteriors o a qualsevol de les preguntes de l'Informe Mèdic del Bussejador , llegiu i accepteu la declaració anterior amb la data i la seva signatura, i porti el Formulari de Avaluació del Metge al seu metge , per una avaluació mèdica.

La participació en un programa d'entrenament de busseig, requereix l'avaluació i aprovació del seu metge .

NOM DEL PARTICIPANT

Data naixement

INFORME MÈDIC DEL BUSSEJADOR / QÜESTIONARI DEL PARTICIPANT (CONFIDENCIAL)

Quadre A - Tinc / he tingut		
Cirurgia toràcica, cirurgia cardíaca, cirurgia de vàlvula cardíaca, col·locació de "stent" o pneumotòrax (pulmó col·lapsat)	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Asma, sibilàncies, al·lèrgies greus, febre del fenc o vies respiratòries congestionades en els últims 12 mesos que limiti la meva activitat física o exercici	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Un problema o malaltia que involucra el meu cor, com: angina de pit, dolor al pit en l'esforç, insuficiència cardíaca, edema pulmonar, miocardiopatia o accident cerebrovascular, o estic prenent medicaments per a qualsevol afecció cardíaca	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Bronquitis recurrent i tos persistent en els últims 12 mesos, o han estat diagnosticats amb emfisema	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Quadre B - Tinc més de 45 anys i:		
Actualment fumo o inhalo nicotina per altres mitjans	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Tinc un nivell alt de colesterol	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Tinc pressió arterial alta	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
He tingut un familiar (de 1r o 2n grau de consanguinitat) que va morir de mort sobtada o de malaltia cardíaca o accident cerebrovascular abans dels 50 anys (inclosos ritmes cardíacs anormals, malaltia de les artèries coronàries o cardiomiopatia)	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Quadre C - Tinc / He tingut:		
Cirurgia sinusal en els últims 6 mesos	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Malalties de l'oïda o cirurgia de l'oïda, pèrdua d'audició o alteracions de l'equilibri	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Sinusitis recurrent en els últims 12 mesos	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Cirurgia ocular en els últims 3 mesos	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Quadre D - Tinc / He tingut:		
Lesió al cap amb pèrdua de consciència en els darrers 5 anys	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Lesions o malalties neurològiques persistents	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Mals de cap recurrents per migranya en els últims 12 mesos, o prenc medicaments per prevenir-los	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Esvaiments o desmais (pèrdua total / parcial de la consciència) en els darrers 5 anys	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Epilèpsia , atacs o convulsions, o prenc medicaments per prevenir-los	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>

Quadre E - Tinc / He tingut :		
Salut conductual, problemes mentals o psicològics que requereixin tractament mèdic o psiquiàtric	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Depressió major, tendència suïcida, atacs de pànic, trastorn bipolar descontrolat que requereix medicació / tractament psiquiàtric	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
He estat diagnosticat amb una condició de salut mental o un trastorn d'aprenentatge o desenvolupament que requereix atenció continuada	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Una addicció a les drogues o a l'alcohol que requereix tractament en els darrers 5 anys	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Quadre F - Tinc / He tingut:		
Problemes recurrents a l'esquena en els últims 6 mesos que limiten la meua activitat diària	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Cirurgia d'esquena o columna vertebral en els últims 12 mesos	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Diabetis, ja sigui controlada per insulina o per dieta, o diabetis gestacional en els últims 12 mesos	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Una hèrnia no corregida que limita les meves habilitats físiques	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Úlceres actives o no tractades, ferides problemàtiques o cirurgia d'úlceres en els últims 6 mesos	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Quadre G - Tinc:		
Cirurgia d'ostomia i no tinc autorització mèdica per nedar o participar en activitat física	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Deshidratació que requereix intervenció mèdica en els darrers 7 dies	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Úlceres estomacals o intestinals actives o no tractades o cirurgia d'úlceres en els últims 6 mesos	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Ardor d'estómac freqüent, regurgitació o malaltia per reflux gastroesofàgic (MRGE)	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa activa o no controlada o malaltia de Crohn	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>
Cirurgia bariàtrica en els últims 12 mesos	SI <input type="checkbox"/> *	NO <input type="checkbox"/>

INFORME MÈDIC DEL BUSSEJADOR / FORMULARI D'AVALUACIÓ DEL METGE

NOM DEL PARTICIPANT

Data de naixement

La persona esmentada anteriorment sol·licita la seva opinió sobre la seva idoneïtat mèdica per participar en l'entrenament o activitat de busseig

RESULTAT DE L'AVALUACIÓ

- Apte – No trobo condicions que considero incompatibles amb el busseig
- No apte – Trobada condicions que considero incompatibles amb el busseig

Signatura del Metge

X

Fecha

Nom del metge

Especialitat

Centre mèdic / Hospital

Direcció

Telèfon

—

Correu electrònic

Segell del Metge / Hospital (opcional)