

## Sukeltajan terveys selvitys | Osallistujan kysely

Laitesukeltaminen ja vapaasukellus edellyttävät hyvää fyysistä ja psyykkistä terveyttä. On olemassa joitakin sairauksia, jotka voivat olla vaarallisia sukeltaessa. Niitä on lueteltu alla. Henkilöillä, joilla on joitakin alla olevista ongelmista tai alttiutuuksia, tulee hakeutua lääkärin arvioitavaksi. Tämä Sukeltajan terveys selvityslomake auttaa arvioimaan tarvitsetko lääkärin tekemää arviota. Jos sinulla on epäily sukelluskelpoisuudestasi, vaikka ongelmaa ei olisikaan mainittu tässä, niin hakeudu lääkäriin ennen sukeltamisen aloittamista. Mikäli koet itsesi sairaaksi, älä sukella. Jos epäilet itselläsi tarttuvaa tautia, niin suojaat itseäsi ja muita, kun et osallistu sukellustoimintaan tai -koulutukseen. Sanalla "sukeltaminen" viitataan tässä dokumentissa sekä laitesukeltamiseen että vapaasukeltamiseen. Tämä kysely on suunniteltu ensisijaisesti uusien sukeltajien arvioimiseen, mutta sitä voidaan käyttää myös sukelluksen jatkokoulutuksissa. Oman ja muiden sukeltajien turvallisuuden vuoksi vastaathan kaikkiin kysymyksiin rehellisesti.

### Ohjeet

**Täytä tämä lomake ennen laitesukellus- tai vapaasukelluskurssia.**

**Huomioitavaa naisille:** Jos olet raskaana tai yrität tulla raskaaksi, älä sukella.

|    |  |   |                             |
|----|--|---|-----------------------------|
| 1  | Minulla on ollut ongelmia keuhkoissa, hengittämisessä, sydämessä, veressä tai minulla on todettu COVID-19 infektiota.  | Kyllä <input type="checkbox"/><br>Siirry kohtaan <b>A</b> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 2  | Olen yli 45-vuotias.   | Kyllä <input type="checkbox"/><br>Siirry kohtaan <b>B</b> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 3  | Minulla on vaikeuksia selviytyä kohtalaisesta rasituksesta (esimerkiksi kävellä 1.6 km 14 minuutissa tai uida 200 metriä lepäämättä) TAI en ole pystynyt osallistumaan tavallisiin fyysisiin aktiviteetteihin kuntoni tai sairauteni vuoksi viimeisen 12 kuukauden aikana. | Kyllä <input type="checkbox"/> *                          | Ei <input type="checkbox"/> |
| 4  | Minulla on ongelmia silmissäni, korvissani, nenä- tai poskionteloihini.  | Kyllä <input type="checkbox"/><br>Siirry kohtaan <b>C</b> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 5  | Olen ollut leikkauksessa viimeisen 12 kuukauden aikana TAI minulla on vielä ongelmia liittyen aikaisempaan leikkaukseen.   | Kyllä <input type="checkbox"/> *                          | Ei <input type="checkbox"/> |
| 6  | Minulla on ollut tajunnan menetys, migreenipäänsärkyä, kouristuskohtaus, aivoverenkierronhäiriö, merkittävä pään vamma tai kärsin jatkuvasta neurologisesta (hermostollisesta) vammasta tai sairaudesta.   | Kyllä <input type="checkbox"/><br>Siirry kohtaan <b>D</b> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 7  | Minulla on tällä hetkellä lääkitys tai muu hoito (tai on ollut viimeisen viiden vuoden aikana) psykologisten ongelmien, persoonallisuushäiriön, paniikkihäiriön, alkoholi- tai huumeriippuvuuden vuoksi tai minulla on todettu oppimishäiriö.                              | Kyllä <input type="checkbox"/><br>Siirry kohtaan <b>E</b> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 8  | Minulla on ollut selkäongelmia, tyrä, vatsahaava tai diabetes (sokeritauti).   | Kyllä <input type="checkbox"/><br>Siirry kohtaan <b>F</b> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 9  | Minulla on ollut vatsa- tai suoliston ongelmia, esim. ripulia viime aikoina.   | Kyllä <input type="checkbox"/><br>Siirry kohtaan <b>G</b> | Ei <input type="checkbox"/> |
| 10 | Käytän reseptilääkkeitä (poislukien ehkäisytabletit ja malarian estolääkkeet, paitsi meflokiini (Lariam)).   | Kyllä <input type="checkbox"/> *                          | Ei <input type="checkbox"/> |

### Osallistujan allekirjoitus

**Mikäli vastasit EI** kaikkiin edellä olevaan 10 kysymykseen, lääkärin tekemä arvio ei ole tarpeellinen. Lue alla oleva osallistujan vakuutus ja hyväksy se allekirjoittamalla ja päiväämällä se.

**Osallistujan vakuutus:** Olen vastannut rehellisesti kaikkiin kysymyksiin. Ymmärrän ja hyväksyn vastuun mahdollista tapahtumista, mikäli olen vastannut johonkin kysymykseen väärin tai jättänyt kertomatta jonkun terveyteeni liittyvän nykyisen tai aikaisemman seikan.

Osallistujan allekirjoitus (mikäli alaikäinen, huoltajan allekirjoitus vaaditaan)

Päivämäärä (pp/kk/vvvv)

Osallistujan nimi (tekstää)

Syntymäaika (pp/kk/vvvv)

Kouluttajan nimi (tekstää)

Sukelluskeskuksen nimi (tekstää)

\* **Mikäli vastasit KYLLÄ** kysymyksiin 3, 5 tai 10 yllä TAI mihin tahansa kysymykseen sivulla 2, lue ja hyväksy se allekirjoittamalla ja päiväämällä se **JA ota kaikki kolme sivua tästä lomakkeesta (Sukeltajan terveys selvityslomake ja Lääkärintarkastuslomake)** lääkärillesi lääketieteellistä arviota varten. Sukelluskurssille osallistuminen edellyttää lääkärin hyväksyntää.

## Sukeltajan terveystarkastus | Osallistujan kysely

|   |                                  |                             |
|---|----------------------------------|-----------------------------|
| <b>A – MINULLA ON/ON OLLUT:</b>   |                                  |                             |
| Rintakehän, sydämen tai sydämen läppien leikkaus, verisuonistinten asennus tai ilmarinta (kasaanpainunut keuhko).   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Astmaa, hengityksen vinkumista, vaikeaa allergiaa, heinänuhaa tai tukkoisuutta, joka vaikeuttaa fyysistä aktiiviteettiäni tai suorituskykyäni viimeisen 12 kuukauden aikana   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Sydämeen liittyviä ongelmia tai sairauksia: rintakipu rasituksessa, sydämen vajaatoiminta, immersioon liittyvä keuhkopöhö, sydänkohtaus tai aivoverenkiertohäiriö TAI minulla on sydänlääkitys                                  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Toistuvia keuhkoputken tulehduksia viimeisen 12 kuukauden aikana ja yskin tällä hetkellä TAI on todettu emfyseema (keuhkorakkuloiden laajentumia)   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Todettu COVID-19 infektiota.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| <b>B – I OLEN YLI 45-VUOTIAS JA:</b>  |                                  |                             |
| Tupakoin tai käytän nikotiinivalmisteita muulla tavalla.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Minulla on korkeat kolesteroliarvot.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Minulla on korkea verenpaine.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Lähisukulaiseni on kuollut äkillisesti tai sydänsairauteen tai aivoverenkiertohäiriöön alle 50-vuotiaana TAI suvussani on ollut sydänsairauksia alle 50-vuotiaana (sydämen rytmihäiriöt, sepelvaltimotauti tai kardiomyopatia). | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| <b>C – MINULLA ON / ON OLLUT:</b>   |                                  |                             |
| Sivuonteloleikkaus viimeisen kuuden kuukauden aikana.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Korvasairaus tai -leikkaus, kuulonmenetyks tai tasapaino-ongelmia.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Toistuvia sivuontelotulehduksia viimeisen 12 kuukauden aikana.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Silmäleikkaus viimeisen kolmen kuukauden aikana.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| <b>D – MINULLA ON / ON OLLUT:</b>   |                                  |                             |
| Päävamma, johon on liittynyt tajunnan menetys viimeisen viiden vuoden aikana.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Jatkuva neurologinen vamma tai sairaus.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Toistuvia migreenikohtauksia viimeisen 12 kuukauden aikana tai lääkitys niihin.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Tajunnan menetyksiä tai pyörtymisiä (kokonaan tai osittain) viimeisen viiden vuoden aikana.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia, kouristelua TAI lääkitys niiden estämiseksi.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| <b>E – MINULLA ON / ON OLLUT:</b>   |                                  |                             |
| Psykiatrista hoitoa vaativaa käyttäytymisen, mielen tai psykologisia ongelmia.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Vakava masennus, itsemurhahakuisuutta, paniikkihäiriötä, hoitamaton kaksisuuntainen mielialahäiriö, joka on vaatinut lääkitystä tai psykiatrista hoitoa.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Todettu mielenhäiriö tai oppimis- tai kehityshäiriö, joka edellyttää edelleen hoitoa.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Huume- tai alkoholi riippuvuus, jota on hoidettu viimeisen viiden vuoden aikana.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| <b>F – MINULLA ON / ON OLLUT:</b>   |                                  |                             |
| Toistuvia selkäongelmia, jotka rajoittavat päivittäistä toimintaani viimeisen kuuden kuukauden aikana.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Selän tai selkäytimen leikkaus viimeisen 12 kuukauden aikana.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Diabetes, joko lääkkeillä tai ruokavaliolla hoidettu, TAI raskausdiabetes viimeisen 12 kuukauden aikana   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Korjaamaton tyrä, joka vaikeuttaa fyysistä toimintaani.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Aktiivinen tai hoitamaton haava, ongelmahaavoja tai haavaleikkauksia viimeisen kuuden kuukauden aikana.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| <b>G – MINULLA ON OLLUT:</b>  |                                  |                             |
| Suoliavanne ja minulla ei ole lupaa uida tai osallistua fyysiseen rasitukseen.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Kuivumista (dehydraatio), joka on vaatinut lääke- tai sairaalahoitoa viimeisen seitsemän päivän aikana.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Aktiivinen tai hoitamaton vatsahaava tai suolen haavaumia tai haavaleikkauksia viimeisen kuuden kuukauden aikana.   | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Toistuvaa närästystä tai mahan sisällön ylösnousua (refluksitautia).  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Aktiivinen tai hoitamaton haavainen paksusuolen tauti tai Crohnin tauti.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |
| Lihavuuskirurgiaa viimeisen 12 kuukauden aikana.  | Kyllä <input type="checkbox"/> * | Ei <input type="checkbox"/> |

# Sukeltajan terveystietokanta | Lääkärintarkastuslomake

Osallistujan nimi

Syntymäaika

(tekstää)

Päivämäärä (pp/kk/vvvv)

Yllä mainittu henkilö tarvitsee lääketieteellisen arvon osallistuakseen laite- tai vapaasukellusharjoituksiin tai -toimintaan. Lääkärintarkastusohjeistus löytyy [uhms.org](http://uhms.org) jossa on eri sairauksien tai vammojen vaikutuksista sukelluskelpoisuuteen. Tutustu ohjeistukseen niiltä osin kuin se koskee potilaasi arviota.

## Arvioinnin tulos

Hyväksytty – En ole todennut mitään lääketieteellistä estettä laitesukeltamiselle tai vapaasukeltamiselle.

Hylätty – Olen todennut lääketieteellisen esteen laitesukeltamiselle tai vapaasukeltamiselle.

Lääkärin allekirjoitus

Päivämäärä (pp/kk/vvvv)

Lääkärin nimi

Erikoisala

(tekstää)

Lääkäriasema tai sairaala

Osoite

Puhelin

Sähköposti

Lääkärin / sairaalan leima (vapaaehtoinen)

[Diver Medical Screen Committee](#) on tehnyt tämän yhdessä seuraavien toimijoiden kanssa:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

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