

## فرم خود اظهاری در معاینات پزشکی غواصان

توسط پرسشگر (پزشک و یا پرستار) تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی :

کد ملی یا شماره پرسنلی :

فرم زیر را به دقت مطالعه و تکمیل نموده و در صورت جواب (بله) در مقابل آن توضیح دهید :

ردیف	سابقه بیماری	بله	خیر	توضیحات
۱	سابقه حملات سرگیجه و عدم تعادل			
۲	سابقه بیماری های اعصاب و روان			
۳	سابقه حملات تشنج و صرع			
۴	سابقه بستری در بیمارستان و علت آن			
۵	سابقه بیماری های حاد یا مزمن قلبی			
۶	سابقه مصرف دارو و نوع داروی مصرفی			
۷	سابقه جراحی و علت آن			
۸	سابقه استفاده از ضربان ساز قلب ( پیس میکر) و وسایل مشابه			
۹	سابقه بیماری تنفسی مانند آسم و سرفه مزمن			
۱۰	سابقه سنکوپ و اختلال هوشیاری و غش			
۱۱	سابقه جراحی گوش			
۱۲	سابقه ترس بیش از حد در فضای بسته			
۱۳	سابقه بیماریهای تیروئید			
۱۴	سابقه سینوزیت مزمن			
۱۵	سابقه پنوموتوراکس			
۱۶	سابقه بیماریهای مزمن گوارشی مانند IBD، پانکراتیت و زخم گوارشی			
۱۷	سابقه ضربه شدید به سر			
۱۸	سابقه سنگ کلیه			
۱۹	سابقه حادثه قبلی مرتبط با غواصی			
۲۰	سابقه بیماریهای مزمن و عود کننده مغز و اعصاب			

اینجانب ..... صحت اظهارات خود را تأیید نموده و مسئولیت قانونی و عواقب درج

اطلاعات نادرست را برعهده می گیرم ./

تاریخ

امضاء

اثر انگشت