

## الفحص الطبي للغوص | استبيان المشارك

يتطلب غوص سكوبا الترفيهي والغطس الحرّ صحة جسدية وعقلية جيدة. هناك بعض الحالات الطبية التي يمكن أن تشكل خطورة أثناء الغوص، وهي مدرجة في الأسفل. هؤلاء الذين يعانون من اي من هذه الحالات، أو هم أكثر عرضة ولديهم استعداد لها، يجب أن يتم فحصهم من قبل طبيب. يزود استبيان المشارك في الغوص الطبي هذا أساساً لتحديد إذا ما كان يجب عليك الحصول على ذلك الفحص الطبي من عدمه. إذا كانت لديك أي مخاوف غير مذكورة في هذا النموذج بشأن لياقتك للغوص، استشر طبيبك قبل الغوص. إذا كنت تشعر بالمرض، تفادى الغوص. إذا كنت تعتقد أنّ لديك مرض معدّي، فاحم نفسك والآخرين من خلال عدم المشاركة في تدريبات الغوص و/أو أنشطة الغوص. إن كلمة "الغوص" في هذا النموذج تشير إلى كلّ من غوص سكوبا الترفيهي والغطس الحرّ وتشملهما. لقد تمّ تصميم هذا النموذج بشكل أساسي كفحص طبي أولي للغواصين الجدد، ولكنّه مناسب كذلك للغواصين المشاركين في متابعة التعليم. من أجل سلامتك وسلامة الآخرين الذين قد يغوصون معك، أجب عن جميع الأسئلة التالية بكل صراحة.

### توجيهات

أكمل هذا الاستبيان كمتطلب مسبق لدورة غوص سكوبا ترفيهي أو لدورة غطس حرّ. ملاحظة للنساء:

إذا كنت حامل، أو تحاولين الحمل، فلا تغوصي.

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم أذهب إلى صندوق أ	1. لقد عانيت في السابق من مشاكل في الرئتين/التنفّس، القلب، الدّم، أو تمّ تشخيص إصابتي بفيروس كوفيد-19.
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم أذهب إلى صندوق ب	2. تجاوز عمري 45 عاماً.
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم*	3. أنا أواجه صعوبة في تأدية تمرين معتدل (على سبيل المثال، المشي لمسافة 1.6 كم/ 1 ميل خلال 14 دقيقة أو السباحة لمسافة 200 متر/ياردة بدون استراحة)، أو لم أتمكن من المشاركة في أنشطة رياضية طبيعية لأسباب تتعلق باللياقة أو أسباب صحية خلال الـ 12 شهراً الماضية.
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم أذهب إلى صندوق ج	4. لقد عانيت في السابق من مشاكل في العينين، أو أذنيّ، أو في الجيوب الأنفية.
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم*	5. لقد أجريت لي عملية جراحية خلال الـ 12 شهر الماضية، أو أعاني بصورة مستمرة من مشاكل متعلّقة بعملية جراحية قديمة.
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم أذهب إلى صندوق د	6. لقد فقدت الوعي، كان لديّ صداع نصفيّ، أو نوبات صرع، أو سكتة دماغية، أو إصابة بالغة في الرّأس، أو أعاني من إصابة عصبية أو مرض عصبي مزمن بشكل مستمرّ.
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم أذهب إلى صندوق هـ	7. أنا حالياً أخضع للعلاج (أو تطلّبت العلاج خلال الخمس سنوات الماضية) من مشاكل نفسية، أو اضطراب في الشخصية، أو نوبات ذعر/هلع، أو إدمان للمخدرات أو الكحول؛ أو، تمّ تشخيصي بوجود إعاقة تعليمية.
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم أذهب إلى صندوق و	8. لقد عانيت في السابق من مشاكل في الطّهر، أو فتاق، أو قرح، أو مرض السكريّ.
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم أذهب إلى صندوق ز	9. لقد عانيت في السابق من مشاكل في المعدة أو الأمعاء، بما فيها الإسهال مؤخّراً.
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم*	10. أنا أتناول أدوية بموجب وصفة طبية (باستثناء أدوية تحديد النسل أو الأدوية المضادة للملاريا بخلاف المفلوكوين/اللاريام).

### توقيع المشارك

إذا أجبت "لا" على جميع الأسئلة العشر في الأعلى، لا يكون الفحص الطبي مطلوباً. الرّجاء قراءة إفادة المشارك في الأسفل والموافقة عليها من خلال التوقيع ووضع التاريخ.

إفادة المشارك: لقد أجبت عن جميع الأسئلة بصدق، وأقرّ بأنّي أقبل مسؤولية أية عواقب تنتج عن أية أسئلة قد أجبت عنها بشكل غير دقيق أو عن عدم إفصاحي عن حالة طبية موجودة حالياً أو في السابق.

توقيع المشارك (أو في حالة القاصر، يطلب توقيع والدوليّ امر المشارك.) \_\_\_\_\_ التاريخ (يوم/شهر/سنة) \_\_\_\_\_

اسم المشارك (اكتب بخط واضح) \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة) \_\_\_\_\_

اسم المدرّب (اكتب بخط واضح) \_\_\_\_\_ اسم المركز (اكتب بخط واضح) \_\_\_\_\_

\* إذا أجبت نعم على الأسئلة 3، 5، أو 10 في الأعلى، أو على أيّ من الأسئلة في الصفحة 2، الرّجاء عندها قراءة الإفادة في الأعلى والموافقة عليها من خلال التوقيع ووضع التاريخ وخذ جميع الصفحات الثلاث من هذا النموذج (استبيان المشارك ونموذج فحص وتقييم الطبيب) إلى طبيبك من أجل الفحص الطبي. حيث تتطلب المشاركة في دورة غوص موافقة طبيبك.

## الفحص الطبي للغواص | استبيان المشارك – تتمة

صندوق أ - أُجريت لي في السابق/أنا أعاني أو سبق وعانيت من:		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
جراحة صدرية، أو جراحة قلبية، أو عملية في احد صمامات القلب، أو وضع دعامة، أو الاسترواح الصدري - نيموثوراكس (تداعي الرئتين).		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
داء الربو أو صفير/أزيز عند التنفس، أو حساسية شديدة، أو حمى القش (حساسية الربيع) أو احتقان في الممرات الهوائية ضمن الـ 12 شهراً الماضية والتي تحد من ممارستي أنشطتي/تماريني البدنية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
مشكلة أو مرض متعلق بالقلب مثل: الذبحة صدرية، أو ألم في الصدر عند بذل مجهود، أو فشل قلبي، أو وديما الانغمار الرئوي، أو نوبة قلبية أو سكتة دماغية، أو تناول أدوية لأية حالة قلبية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
التهاب متكرر في الشعب الهوائية والسعال حالياً خلال الـ 12 شهراً الماضية، أو سبق تشخيصي بانفتاح في الرئة.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
تشخيص الإصابة بفيروس كوفيد-19.		

صندوق ب - أنا عمري أكثر من 45 عاماً و:		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
أدخن حالياً أو أستنشق النيكوتين عبر وسائل أخرى.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
لدي مستوى مرتفع من الكوليسترول.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
لدي ضغط دم مرتفع.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
سبق وتوفي أحد أقاربي (قريبة دم) بشكل فجائي أو نتيجة مرض قلبي أو سكتة دماغية قبل بلوغه عمر 50 عاماً، أو لدي تاريخ عائلي لحدوث أمراض القلب قبل عمر 50 عاماً (بما يشمل اضطراب ضربات القلب أو أمراض الشريان التاجي أو اعتلال عضلة القلب).		

صندوق ج - أُجريت لي في السابق/أنا أعاني أو سبق وعانيت من:		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
جراحة في الجيوب الأنفية خلال السنة أشهر الماضية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
مرض في الأذن أو جراحة في الأذن، أو فقدان السمع، أو مشاكل في التوازن.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
التهاب متكرر في الجيوب الأنفية خلال الـ 12 شهراً الماضية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
جراحة في العين خلال الثلاثة أشهر الماضية.		

صندوق د - أنا أعاني/سبق وعانيت من:		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
إصابة في الرأس مصحوبه بفقدان الوعي خلال الـ 5 سنوات الماضية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
مرض أو إصابة أعصاب مستمرة.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
صداع نصفي متكرر الحدوث خلال الـ 12 شهراً الماضية، أو تناول أدوية للوقاية منه.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
الغياب عن الوعي أو الإغماء (فقدان وعي كلي/جزئي) خلال الـ 5 سنوات الماضية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
صرع، أو نوبات صرع، أو تشنجات، أو تناول أدوية للوقاية منها.		

صندوق هـ - أنا أعاني/سبق وعانيت من:		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
مشاكل صحية متعلقة بالسلوك، أو مشاكل عقلية أو نفسية تتطلب أدوية/علاج نفسي.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
اكتئاب شديد، أو التفكير في الانتحار، أو نوبات ذعر، أو اضطراب ثنائي القطب غير خاضع للتحكم يتطلب أدوية/علاج نفسي.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
تشخيص بوجود حالة صحية عقلية أو اضطراب تعليمي/اضطراب في النمو يتطلب رعاية مستمرة.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
إدمان مخدرات أو كحول تتطلب علاجاً خلال الـ 5 سنوات الماضية.		

صندوق و - أُجريت لي في السابق/أنا أعاني أو سبق وعانيت من:		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
مشاكل متكررة في الظهر تحد من أنشطتي اليومية خلال السنة أشهر الماضية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
جراحة في الظهر أو العمود الفقري خلال الـ 12 شهراً الماضية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
مرض السكري، المتحكم فيه بالأدوية أو الحمية، أو مرض السكري الحلمي خلال الـ 12 شهراً الماضية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
فتاق غير متحكم فيه يحد من قدراتي البدنية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
قرح نشطة أو لم يتم علاجها، أو جروح لا تلتئم، أو جراحة للقرحة خلال السنة أشهر الماضية.		

صندوق ز - أُجريت لي في السابق/سبق أن عانيت من:		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
جراحة الفغر (جراحات لعمل فتحات لإخراج للبول والبراز) ولم أحصل على موافقة طبية من أجل السباحة أو القيام بنشاط بدني.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
حالة جفاف تتطلب تدخل طبي خلال السبعة أيام الماضية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
قرح نشطة في المعدة أو الأمعاء أو لم يتم علاجها، أو جراحة القرحة خلال السنة أشهر الماضية.		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
حرقان/حموضه مرتفعة متكررة في المعدة، ارتجاع، أو ارتجاع حمضي معدي مريئي (GERD).		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
التهاب القولون القرحي النشط أو غير المتحكم فيه أو داء "كرون".		
<input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
جراحة لعلاج السمنة/ البدانة خلال الـ 12 شهراً الماضية.		

# الفحص الطبي للغواص | نموذج فحص وتقييم الطبيب

اسم المشارك \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_  
(اكتب بخط واضح) (التاريخ (يوم/شهر/سنة))

الشخص المذكور اسمه أعلاه يطلب رأيك في ملاءمته/ملاءمتها الطبية للمشاركة في تدريبات أو أنشطة غوص سكوبا الترفيهي أو الغطس الحر. الرجاء زيارة الموقع [uhms.org](http://uhms.org) للحصول على إرشادات طبية بخصوص الحالات الطبية و صلتها بالغوص. راجع النواحي المرتبطة بحالة مريضك كجزء من تقييمك.

نتيجة الفحص والتقييم

تمت الموافقة - لا أجد أية حالات طبية أعتبرها غير متوافقة مع غوص سكوبا الترفيهي أو الغطس الحر.

لم تتم الموافقة - أجد حالات طبية أعتبرها غير متوافقة مع غوص سكوبا الترفيهي أو الغطس الحر.

توقيع الطبيب \_\_\_\_\_ التاريخ (يوم/شهر/سنة) \_\_\_\_\_  
اسم الطبيب \_\_\_\_\_ التخصص \_\_\_\_\_  
(اكتب بخط واضح) (اكتب بخط واضح)

العيادة/المستشفى \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_

رقم الهاتف \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

ختم الطبيب/العيادة (اختياري)

تم الإنشاء من قبل لجنة الفحص الطبي للغواصين بالتعاون مع الجهات التالية:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society  
DAN (US)  
DAN Europe  
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego