



# AIDA TERVEYSSELVITYS

## TÄRKEÄÄ – LUE HUOLELLISESTI

Vapaasukellus on vaativa liikunta- ja urheiluharrastus. Näin ollen vahinkoriski voi joissakin tilanteissa olla merkittävä. Riski on suurempi, jos sinulla on tiettyjä sairauksia tai vaivoja. Nämä sairaudet tai vaivat eivät välttämättä aiheuttaisi samanlaista riskiä jonkin muun liikunta- tai urheilumuodon yhteydessä. AIDA:lla on käytössä tämä kysely, jotta olisit tietoinen näistä terveyttäsi koskevista riskeistä. Näiden sairauksien tai vaivojen huomiotta jättäminen ennen vaativan sukellusharrastuksen aloittamista voi vaarantaa sekä sinun oman terveytesi että niiden terveyden, joiden kanssa sukellat.

Tämän terveys selvityksen tarkoituksena on selvittää, onko sinun syytä käydä lääkärintarkastuksessa ennen vapaasukellusharrastuksen aloittamista. Myöntävä vastaus johonkin kysymykseen ei välttämättä merkitse sitä, ettei voi harrastaa vapaasukellusta. Myöntävä vastaus merkitsee sitä, että on olemassa jokin sairaus tai vaiva, jolla voi vapaasukelluksen aikana olla vaikutusta turvallisuuteesi, ja sinun ON SYYTÄ kääntyä asiassa lääkärin puoleen ennen vapaasukelluksen aloittamista. Jos missä tahansa KYLLÄ-kentässä on merkki, lääkärin tulee tämän lomakkeen lopussa vahvistaa allekirjoituksellaan, ettei mainittu sairaus tai vaiva ole este vapaasukellukselle.

Vastaa seuraaviin terveydentilaasi koskeviin kysymyksiin valitsemalla KYLLÄ tai EI. Jos jonkin kysymyksen kohdalla et ole täysin varma asiasta, valitse KYLLÄ.

NIMI \_\_\_\_\_

KYLLÄ EI

1	<b>Medication:</b> Any medication taken on a regular basis either over-the-counter or prescribed by a physician? <b>Laakitys:</b> Käytätkö säännöllisesti jotakin lääketta, oli se sitten reseptilääke tai ilman reseptiä? If yes, please specify		
2	<b>Mental and Mood Conditions:</b> Current or history of mental illness or mood disorder including, but not limited to depression, anxiety, bipolar disorder, or schizophrenia. <b>Mielenterveys:</b> Aikaisempia tai tämän hetkisiä mielenterveyteen tai mielialaan liittyviä ongelmia. If yes, please specify		
3	<b>Neurological Conditions:</b> Including, but not limited to any history of seizure disorder, stroke, brain surgery, repeated blackouts or fainting fits, severe migraine headaches, or aneurysm of the brain's blood vessels. If yes, please specify		
4	<b>Cardiovascular Conditions:</b> Including, but not limited to heart attack, heart surgery, irregular heartbeat, pacemaker, uncontrolled elevated blood pressure. If yes, please specify		
5	<b>Pulmonary Conditions:</b> Including, but not limited to asthma, history of spontaneous collapsed lung, collapsed lung due to injury, cysts or air pockets of the lungs, severe damage to lung tissue, emphysema, any lung problem which interferes with your ability to breathe. If yes, please specify		
6	<b>Ear, nose and throat Conditions:</b> Including, but not limited to tumor, polyps, or cyst of the sinus cavities or nasal passages, major sinus surgery, persistent sinus infection, permanent holes of the eardrums, history of ruptured eardrum, permanent tubes in ear-drums, severely impaired hearing or hearing loss in one or both ears, major ear surgery. If yes, please specify		
7	<b>Eye Condition:</b> Including, but not limited to severe myopia, retinal detachment, eye surgery. If yes, please specify		
8	<b>Diabetes Mellitus:</b> Type I Diabetes (Insulin dependent) or Type II Diabetes, which requires Insulin or oral medication for control. Any form of Diabetes that is unstable, "brittle" or produces episodes of hypoglycemia (low blood sugar reactions), hyperglycemia (extremely high blood sugar with ketosis) or if there is related kidney disease, eye disease, heart disease or blood vessel disease. If yes, please specify		



9	<b>Freediving/Scuba Diving History:</b> Including, but not limited to previous history of a diving accident, severe blackout, decompression sickness, decompression of the inner ear of air, reverse block, lung squeeze, any lung squeeze producing pink foam, pulmonary bleeding If yes, please specify		
10	<b>General Medical Problems:</b> Any physical and/or emotional condition not mentioned that might affect your safety in an underwater environment or affect your judgment under times of physical or emotional stress. If yes, please specify		
11	<b>Pregnancy:</b> If you are presently pregnant.		

I certify that I have answered the above questions accurately and honestly.

I am responsible for omission regarding my failure to disclose any current or past health condition.

**Name of Freediver**

\_\_\_\_\_

**Signed:**

\_\_\_\_\_

**Date of Birth\*:**

\_\_\_\_\_

**Date:**

\_\_\_\_\_

**\*If the Freediver is aged less than 18 years, this must also be signed by a parent/guardian**

**Signature of participant's parent or guardian:**

\_\_\_\_\_

**Physician to complete (If any "YES" box from page 1 was ticked)**

I find no medical conditions that I consider incompatible with freediving

I am unable to recommend this individual for freediving

**Name of Freediver:**

\_\_\_\_\_

**Physician's Name:**

\_\_\_\_\_

**Physician's Signature:**

\_\_\_\_\_

**Date:**

\_\_\_\_\_

**Physician's phone number:**

\_\_\_\_\_

**Physician's Stamp or Postal Address:**

My signature on the above verifies that I have completely reviewed this applicant's Medical Statement and find no counter-indications for freediving.