



**Nimi:** \_\_\_\_\_ **Sotu:** \_\_\_\_\_

**Lue tarkasti läpi ennen kuin allekirjoitat.**

Tässä selvityksessä sinulle kerrotaan joistain mahdollisista sukellukseen liittyvistä riskitekijöistä. Sinun tulee täyttää tämä selvityslomake ja vastata terveydentilaasi koskeviin kysymyksiin sekä allekirjoittaa lomake voidaksesi osallistua sukelluskurssille, jonka johtajana toimii:

\_\_\_\_\_ Sukelluskoulu/kurssi: \_\_\_\_\_

Jos olet alaikäinen, tulee vanhempasi/holhoojasi allekirjoittaa tämä terveydentilaselvitys. Sukellus voi olla jännittävä ja vaativa harrastus. Kun noudatat annettuja ohjeita, sukellus on myös turvallista. Mikäli ohjeita ei noudateta, syntyy vaaratilanteita. Voidaksesi sukeltaa turvallisesti et saa olla liian ylipainoinen tai huonossa kunnossa. Tietyissä olosuhteissa sukellus voi olla erittäin rasittavaa. Hengitys- sekä sydän- ja verenkiertoelintesi on oltava terveet. Elimistön kaasupitoisten onteloiden on oltava normaalit ja terveet. Henkilö, jolla on sydänvaivoja, epilepsia, astma tai muita vakavia terveydellisiä ongelmia, ei yleensä ole sukelluskelpoinen. Myöskään alkoholin tai huumausaineiden vaikutuksen alaisena ei tule sukeltaa. Mikäli käytät lääkkeitä, sinun on syytä neuvotella lääkärisi ja sukelluskouluttajasi kanssa ennen kuin osallistut kurssille. Sukelluskurssilla sinulle opetetaan tärkeimmät asiat hengityselimistä ja paineentasauksesta sukelluksen aikana. Sukelluslaitteiden väärä käyttö voi aiheuttaa vakavia vammoja. Sinun on perehdyttävä tarkoin sukelluslaitteiden käyttöön koulutetun ohjaajan johdolla.

Mikäli sinulla on kysymyksiä tämän lomakkeen suhteen, sinun on keskusteltava kouluttajasi kanssa ennen kuin allekirjoitat sen.

## Terveydentilaselvitys

### Kurssin osallistujalle

Tämän kysymyslomakkeen tarkoituksena on saada ennakoita selville ne mahdolliset syyt, joiden takia sinulle on suoritettava lääkärintarkastus ennen kuin jatkat sukelluskurssia. Lääkäri tarvitsee ennakkoselvityksen tutkimustensa pohjaksi ennen kuin osallistut peruskurssille. Myönteinen vastaus joihinkin allaoleviin kysymyksiin ei välttämättä merkitse, että et voisi sukeltaa. Myönteinen vastaus merkitsee, että sinulla saattaa olla sairaus tai vamma, joka voi sukelluksen aikana vaikuttaa turvallisuuteen ja jonka merkityksestä sinun on neuvoteltava lääkärisi kanssa.

Vastaa allaoleviin kysymyksiin KYLLÄ tai EI. Mikäli olet epävarma, vastaa KYLLÄ. Mikäli jokin kohta koskee sinua, pyydämme sinua neuvottelemaan lääkärisi kanssa ennen kuin sukellat. Kouluttajasi antaa sinulle täydelliset lääkärintarkastusohjeet, jotka sinun tulee edelleen antaa lääkärillesi.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Saatatko olla raskaana, tai pyritkö tulemaan raskaaksi?  | <input type="checkbox"/> Sukellusonnettomuus tai sukeltajantauti?   |
| <input type="checkbox"/> Käytätkö säännöllisesti reseptilääkkeitä tai muita lääkkeitä (poikkeuksena ehkäisy)?   | <input type="checkbox"/> Jatkuvia selkävaivoja?   |
| <input type="checkbox"/> Oletko yli 45-vuotias ja koskeeko yksi tai useampi seuraavista sinua?  | <input type="checkbox"/> Selkäleikkaus?   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poltatko piippua, sikareita tai savukkeita?</li> <li>• Onko sinulla korkea kolesterolitaso?</li> <li>• Onko sinulla ollut sydäninfarkteja tai onko sellaisia ollut suvussasi?</li> </ul> | <input type="checkbox"/> Diabetes (sokeritauti)?  |
| <b>Onko sinulla nyt tai onko ollut ...</b>  | <input type="checkbox"/> Selkä- käsi- tai jalkaongelmia leikkauksen, onnettomuuden tai murtuman jälkeen?                  |
| <input type="checkbox"/> Astma, vinkuva hengitys tai vinkuva hengitys fyysisen rasituksen aikana?   | <input type="checkbox"/> Vaikeuksia selviytyä kohtalaisesta liikunnasta (kuten juosta/kävellä 1600 metriä 12 minuutissa)? |
| <input type="checkbox"/> Usein tai voimakas heinänuha tai allergia?   | <input type="checkbox"/> Korkea verenpaine tai verenpainelääkitys?  |
| <input type="checkbox"/> Usein vilustumisia, poskiontelo-ongelmia tai keuhkoputkentulehduksia?  | <input type="checkbox"/> Sydänsairaus?  |
| <input type="checkbox"/> Pneumothorax (ilmarinta)?  | <input type="checkbox"/> Sydäninfarkti?   |
| <input type="checkbox"/> Rintakehään kohdistuva leikkaus?   | <input type="checkbox"/> Angina pectoris, sydän- tai verisuonileikkaus?   |
| <input type="checkbox"/> Klaustrofobia tai agorafobia (ahtaan tai avoimen paikan kammo)?  | <input type="checkbox"/> Korva- tai sivuonteloleikkaus?   |
| <input type="checkbox"/> Mielenterveysongelmia?   | <input type="checkbox"/> Korvasairauksia, kuulonalenema tai tasapainovaikeuksia?  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia, kouristuskohtauksia, suonenvetoa tai käytätkö lääkkeitä välttääksesi niitä?   | <input type="checkbox"/> Ongelmia korvien tai sivuonteloiden paineentasauksessa lentomatkojen aikana?                     |
| <input type="checkbox"/> Ajoittaista migreeniä tai lääkitys sitä varten?  | <input type="checkbox"/> Verenvuototaipumus tai muita verisairauksia?   |
| <input type="checkbox"/> Aikaisempia tajunnanhäiriöitä (kokonaan tai osittain menettänyt tajunnan)?   | <input type="checkbox"/> Tyrä tai tyräleikkaus?   |
| <input type="checkbox"/> Kärsitkö yleensä matkapahoinvoinnista?   | <input type="checkbox"/> Vatsahaava tai leikattu vatsahaava?  |
|   | <input type="checkbox"/> Suoliavanne?   |
|   | <input type="checkbox"/> Huumeiden, lääkkeiden tai alkoholin väärinkäyttö?  |
|   | <input type="checkbox"/> Muita sairauksia, mitä? _____  |

**Vakuutan, että antamani tiedot pitävät paikkansa ja ovat sellaiset kuin tunnen niiden olevan**

Tutkittavan allekirjoitus: \_\_\_\_\_ Pvm: \_\_\_\_\_

Vanhemman/huoltajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_ Pvm: \_\_\_\_\_

Tarkastajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_ Pvm: \_\_\_\_\_

# OPPILAS / TUTKITTAVA

---

Käytä ISOJA KIRJAIMIA

Nimi (Etu- ja sukunimi): \_\_\_\_\_ Henkilötunnus: \_\_\_\_\_ Ikä: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Postinumero: \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka: \_\_\_\_\_

Puhelin koti: \_\_\_\_\_ Puhelin työ: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

Omalääkärin nimi ja osoite

Lääkäri: \_\_\_\_\_ Toimipaikka: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_ Puhelin: \_\_\_\_\_

Viimeisen tarkastuksen pvm: \_\_\_\_\_ Lääkärin nimi: \_\_\_\_\_

Lääkärin toimipaikka: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_ Puhelin: \_\_\_\_\_

Onko sinua aikaisemmin tutkittu sukellusta varten?  Kyllä  Ei

## LÄÄKÄRI *PHYSICIAN*

---

Tutkittava henkilö aikoo osallistua sukelluskurssille tai hänellä on laitesukelluskelpoisuus (SCUBA). Pyydämme sinua arvioimaan, onko hän terveydentilansa puolesta sopiva harrastamaan sukellusta oheisten Suomessa sovellettavien RSTC:n ohjeiden mukaisesti. *This person is an applicant for training or is presently certified to engage in scuba (Self Contained Underwater Breathing Apparatus) diving. Your opinion of the applicant's medical fitness for scuba diving is requested. Please review the enclosed Finnish Edition of the RSTC (Recreational Scuba Training Council) Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination.*

### Lääkärin lausunto. *Physician's impression*

- Mielestäni ei ole terveydellisiä esteitä sille, että henkilö voi harrastaa laitesukellusta. *I find no medical conditions that I consider incompatible with SCUBA diving.*
- Mielestäni henkilö ei voi harrastaa laitesukellusta. *I am unable to recommend this individual for SCUBA diving.*

Olen tutustunut ohjeeseen "Harrastussukeltajan lääkärintarkastus". *I have reviewed Guidelines for Recreational Scuba Diver's Physical Examination*

Lääkärin allekirjoitus. *Physician's signature:* \_\_\_\_\_ Pvm *Date:* \_\_\_\_\_

Lääkäri *Physician:* \_\_\_\_\_ Toimipaikka *Clinic:* \_\_\_\_\_

Osoite *Address:* \_\_\_\_\_

Puhelin *Phone:* \_\_\_\_\_