



QÜESTIONARI SOBRE L'ESTAT DE SALUT PER A LA PRÀCTICA DEL BUSSEIG RECREATIU (Annex I RD 550/2020)

El busseig requereix una bona salut física i mental. Hi ha algunes condicions mèdiques que poden ser perilloses durant la pràctica del busseig, i que s'enumeren a continuació. Aquells que tenen o estan predisposats a qualsevol d'aquestes condicions, han de ser avaluats per un metge. Aquest Qüestionari Mèdic del Bussejador proporciona una base per a determinar si Vostè ha de buscar aquesta avaluació. Si té alguna inquietud sobre el seu estat físic per a la pràctica del busseig i no estan representades en aquest formulari, consulti amb el seu metge abans de bussejar. Les referències a "busseig" en aquest formulari abasten tant el busseig recreatiu amb equip autònom com el busseig en apnea. Aquest formulari està dissenyat principalment com un examen mèdic inicial per als nous bussejadors, però també és apropiat per als bussejadors que reben educació contínua. Per la seva seguretat i la d'altres persones que poden bussejar amb vostè, respongui a totes les preguntes honestament.

INSTRUCCIONS

Completi aquest qüestionari com a requisit previ per a l'entrenament d'apnea o de busseig amb equip autònom.

Nota per a les dones: Si vostè està embarassada, o intenta quedar embarassada, no bussegi.

1	He tingut algun problema respiratori o de salut relacionat amb els pulmons, el cor o la sang.	Sí <input type="checkbox"/> Anar al quadre A	No <input type="checkbox"/>
2	Tinc més de 45 anys.	Sí <input type="checkbox"/> Anar al quadre B	No <input type="checkbox"/>
3	Em costa realitzar exercici moderat (per exemple, caminar 1,6 kilòmetres en 12 minuts o nedar 200 metres sense descansar) o no he pogut realitzar activitat física normal per motius de salut o pel meu estat físic en els últims 12 mesos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4	He tingut algun problema ocular, auditiu o relacionat amb les fosses nasals o els sinus paranasals.	Sí <input type="checkbox"/> Anar al quadre C	No <input type="checkbox"/>
5	M'han operat en els últims 12 mesos o actualment pateixo algun tipus d'afectació derivada d'una operació quirúrgica anterior.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6	He perdut el coneixement, he patit mal de cap per migranya, he patit convulsions, un accident cervellvascular o una lesió greu en el cap o pateixo una infermetat o lesió neurològica permanent.	Sí <input type="checkbox"/> Anar al quadre D	No <input type="checkbox"/>
7	Estic realitzant un tractament (o he completat un tractament en els últims cinc anys) per a tractar problemes psicològics, trastorns de personalitat, atacs de pànic, una addicció a les drogues o alcohol o m'han diagnosticat dificultats en l'aprenentatge.	Sí <input type="checkbox"/> Anar al quadre E	No <input type="checkbox"/>
8	He tingut problemes d'esquena, hèrnies, úlceres o diabetis.	Sí <input type="checkbox"/> Anar al quadre F	No <input type="checkbox"/>
9	He tingut problemes estomacals o intestinals, inclòs la diarrea, recentment.	Sí <input type="checkbox"/> Anar al quadre G	No <input type="checkbox"/>
10	Estic prenent medicaments sota prescripció mèdica (amb l'excepció dels anticonceptius o medicaments antipalúdics).	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

SIGNATURA DE LA PERSONA PARTICIPANT

Si va respondre <<NO>> a les 10 preguntes anteriors, no es requereix una avaluació mèdica. Si us plau, llegeixi i accepti la declaració de la persona participant a continuació afegint la data i la seva signatura.

Declaració de la persona participant: he respost a totes les preguntes honestament, i entenc que accepto la responsabilitat per a qualsevol conseqüència resultant de qualsevol pregunta que pugui haver respost inexactament o per no haver revelat qualsevol condició de salut existent o passada.

Signatura de la persona participant (o, si és menor d'edat, es requereix la signatura del pare/mare/tutor/tutora legal.)

Data (dd/mm/aaaa)

Nom de la persona participant

Data de naixement (dd/mm/aaaa)

Nom de l'instructor/a

Nom del centre o club de busseig

*Si va respondre <<SÍ>> a les preguntes 3, 4 o 10 o a qualsevol de les preguntes de la pàgina 2, llegeixi i accepti la declaració anterior amb la data i la seva signatura, i porti el **Formulari d'Avaluació del Metge al seu metge**, per a una avaluació mèdica. La participació en un programa d'entrenament de busseig requereix l'avaluació i aprovació del seu metge.



Nom de la persona participant _____ Data de naixement _____

INFORME MÈDIC DE LA PERSONA BUSSEJADORA | Qüestionari de la persona participant (confidencial)

QUADRE A – TINC O HE TINGUT:		
Cirurgia toràcica, cardíaca o de vàlvula cardíaca; col·locació de "stent" o pneumotòrax (pulmons col·lapsats).	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma, al·lèrgies greus, febre del fenc o vies respiratòries congestionades en els últims 12 mesos que limiti la meua activitat física o exercici.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Un problema o malaltia que involucra el meu cor com: angina de pit, dolor en el pit en l'esforç, insuficiència cardíaca, edema pulmonar, microcardiopatia o accident cerebrovascular, o estic prenent medicaments per a qualsevol afecció cardíaca.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Bronquitis recurrent i tos persistent en els últims 12 mesos, o han estat diagnosticats amb emfisema.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
QUADRE B – TINC MÉS DE 45 ANYS:		
Actualment fumo o inhalo nicotina per altres mitjans.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tinc un nivell alt de colesterol.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tinc pressió arterial alta.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
He tingut un familiar (de 1r o 2n grau de consanguinitat) que va morir de mort sobtada o de malaltia cardíaca o accident cerebrovascular abans dels 50 anys, o tinc antecedents familiars de malaltia cardíaca abans dels 50 anys (inclosos ritmes cardíacs anormals, malaltia de les artèries coronàries o cardiomiopatia).	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
QUADRE C – TINC O HE TINGUT:		
Cirurgia sinusal en els últims 6 mesos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Malalties de l'oïda o cirurgia de l'oïda, pèrdua d'audició o alteracions de l'equilibri.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sinusitis recurrent en els últims 12 mesos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cirurgia ocular en els últims 3 mesos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
QUADRE D – TINC O HE TINGUT:		
Lesió al cap amb pèrdua de consciència en els últims 5 anys.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lesions o malalties neurològiques persistents.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Maldecaps recurrents per migranya en els últims 12 mesos, o prenc medicaments per a prevenir-los.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Esvaiments o desmaís (pèrdua total/parcial de la consciència) en els últims 5 anys.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Epilèpsia, atacs o convulsions, o prenc medicaments per a prevenir-los.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
QUADRE E – TINC O HE TINGUT:		
Salut conductual, problemes mentals o psicològics que requereixin tractament mèdic o psiquiàtric.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Depressió major, tendència suïcida, atacs de pànic, trastorn bipolar descontrolat que requereix medicació/tractament psiquiàtric.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
He estat diagnosticat amb una condició de salut mental o un trastorn d'aprenentatge o desenvolupament que requereix atenció contínua.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Una addicció a les drogues o alcohol que requereix tractament en els últims 5 anys.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
QUADRE F – TINC O HE TINGUT:		
Problemes recurrents a l'esquena en els últims 6 mesos que limiten la meua activitat diària.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cirurgia d'esquena o columna vertebral en els últims 12 mesos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetis, ja sigui controlada per insulina o per dieta, o diabetis gestacional en els últim 12 mesos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Una hèrnia no corregida que limita les meves habilitats físiques.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Úlceres actives o no tractades, ferides problemàtiques o cirurgia d'úlceres en els últims 6 mesos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
QUADRE G – TINC:		
Cirurgia d'ostomia i no tinc autorització mèdica per a nedar o participar en activitat física.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Deshidratació que requereix intervenció mèdica en els últims 7 dies.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Úlceres estomacals o intestinals actives o no tractades o cirurgia d'úlceres en els últims 6 mesos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cremor d'estómac freqüent, regurgitació o malaltia per reflux gastroesofàgic (ERGE).	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa activa o no controlada o malaltia de Crohn.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cirurgia bariàtrica en els últims 12 mesos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>