

\_\_\_\_\_  
Último\_\_\_\_\_  
Primeiro\_\_\_\_\_  
M.I.\_\_\_\_\_  
Rua\_\_\_\_\_  
Data de Nascimento\_\_\_\_\_  
Localidade\_\_\_\_\_  
Distrito\_\_\_\_\_  
Código Postal\_\_\_\_\_  
Telefone Casa

## DECLARAÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE - INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL

Ler cuidadosamente antes de assinar, por favor.

Este documento tem o objetivo de informá-lo sobre alguns riscos que envolvem a atividade de freediving e de mergulho e explicar a conduta que se deve manter durante o programa de formação de mergulho que você irá realizar. A sua assinatura nesta declaração é requerida para poder participar no programa de formação em freediving e/ou mergulho realizado por:

\_\_\_\_\_  
(Instrutor)\_\_\_\_\_  
e (Escola de Mergulho)\_\_\_\_\_  
Localidade\_\_\_\_\_  
Distrito

Leia e discuta esta declaração antes de a assinar. Deve preencher esta Declaração Médica, que inclui uma seção de historial clínico, para que se possa inscrever neste programa de freediving e/ou mergulho. Caso seja menor de idade, esta Declaração deverá ser assinada por um dos pais ou responsáveis legais.

O mergulho é uma atividade excitante que exigirá um pouco de esforço da sua parte. Quando esta atividade é executada de forma adequada, utilizando-se as técnicas apropriadas, o mergulho é muito seguro. No entanto, se os procedimentos de segurança forem negligenciados esta atividade pode ser perigosa.

Para mergulhar com segurança, você não deverá estar muito acima do seu peso normal e deverá estar em boa forma física e mental. O mergulho pode requerer muita energia física em determinadas situações. O seu sistema respiratório e cardiovascular devem estar saudáveis. Todos os espaços aéreos do corpo devem estar desobstruídos. Uma pessoa com problemas cardíacos, com gripes e constipações, epilepsia, asma, qualquer tipo de problema médico grave, ou ainda, que esteja alcoolizada ou drogada, não deverá mergulhar em nenhuma situação. Se estiver a tomar algum medicamento, consulte um médico antes de começar o seu programa de

formação.

Irá precisar de aprender com o seu instrutor algumas regras importantes de segurança quanto à equalização e respiração durante o freediving e/ou mergulho. O uso inadequado do equipamento de freediving e/ou mergulho poderá resultar em lesões graves. Irá receber formação adequada sobre a sua utilização, sob a supervisão de um instrutor qualificado, para uma utilização segura.

Se ainda tiver qualquer dúvida sobre esta Declaração ou Historial Clínico, esclareça-as com o seu instrutor antes de assinar.

## HISTORIAL CLÍNICO

### PARA O PARTICIPANTE:

O propósito deste questionário médico é descobrir se existe alguma condição que o obrigue a fazer uma consulta médica antes de iniciar a sua formação de freediving e/ou mergulho recreativo. Responder de forma afirmativa alguma pergunta não quer dizer necessariamente que estará desqualificado para mergulhar, mas sim que existe uma condição que pode afetar a sua segurança no mergulho, e por isso, deverá ser examinado por um médico.

Por favor, responda às seguintes perguntas sobre o seu estado de saúde, passado e recente, marcando S para sim e N para não. Se tiver dúvida sobre a resposta correta, marque Sim. Ao responder a algumas perguntas de forma afirmativa, provavelmente você deverá fazer uma consulta médica antes de iniciar a sua formação de freediving e/ou mergulho. O seu instrutor irá fornecer-lhe um atestado médico e as linhas gerais para um exame médico a apresentar pelos candidatos ao curso de Freediving e de mergulho recreativo para pedir ao seu médico.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Está grávida ou a tentar engravidar?   | <input type="checkbox"/> Tem mais de 45 anos e apresenta uma ou mais das seguintes características? | <input type="checkbox"/> está a receber atualmente assistência médica                 |
| <input type="checkbox"/> Está a tomar algum medicamento regularmente, com ou sem prescrição médica? (com exceção para o controle de natalidade ou anti-malária) | <input type="checkbox"/> atualmente fuma cachimbo, cigarrilhas ou cigarros                          | <input type="checkbox"/> tem tensão arterial elevada                                  |
|   | <input type="checkbox"/> tem colesterol alto  | <input type="checkbox"/> Tem diabetes mellitus, mesmo que controlada apenas com dieta |
|   | <input type="checkbox"/> tem antecedente familiar de ataque cardíaco ou AVC                         |   |

### ALGUMA VEZ SOFREU OU SOFRE AGORA DE...

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma, dificuldade para respirar ao fazer algum exercício?  | <input type="checkbox"/> Disenteria ou desidratação com necessidade de intervenção média?                             | <input type="checkbox"/> Teve algum ataque cardíaco?  |
| <input type="checkbox"/> Febres ou alergias frequentes?   | <input type="checkbox"/> Teve algum acidente de mergulho ou doença de descompressão?                                  | <input type="checkbox"/> Sofre de angina ou já fez alguma cirurgia no coração ou artérias?                                |
| <input type="checkbox"/> Gripe, sinusite ou bronquite frequentes?   | <input type="checkbox"/> Incapacidade para fazer exercício moderado (exemplo: andar 1,6 km/uma milha em 12 mins.)?    | <input type="checkbox"/> Teve algum problema nos ouvidos ou cirurgia, perda de audição ou possui problemas de equilíbrio? |
| <input type="checkbox"/> Alguma doença pulmonar?  | <input type="checkbox"/> Lesões na cabeça com perda de consciência durante os últimos 5 anos?                         | <input type="checkbox"/> Problemas recorrentes nos ouvidos?   |
| <input type="checkbox"/> Pneumotórax (pulmões colapsados)?  | <input type="checkbox"/> Possui problemas recorrentes na coluna?  | <input type="checkbox"/> Possui algum antecedente de sangramento, hemorragia ou outra doença ligada ao sangue?            |
| <input type="checkbox"/> Outras doenças do tórax ou cirurgia torácica?  | <input type="checkbox"/> Foi operado a problemas na coluna?   | <input type="checkbox"/> Hérnia?  |
| <input type="checkbox"/> Problemas comportamentais, mentais ou psicológicos (ataques de pânico, medo de espaços fechados ou abertos)? | <input type="checkbox"/> Diabetes?  | <input type="checkbox"/> Teve alguma úlcera ou já operou úlceras?   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsões ou toma medicamentos para evitá-las?   | <input type="checkbox"/> Teve algum problema na coluna, braços ou pernas, decorrente de cirurgia, lesões ou fraturas? | <input type="checkbox"/> Colostomia ou ileostomia?  |
| <input type="checkbox"/> Dores de cabeça, enxaqueca ou toma medicamentos para evitá-las?  | <input type="checkbox"/> Possui pressão arterial alta ou toma remédio para controlar a pressão?                       | <input type="checkbox"/> Consome drogas ou tem problemas de alcoolismo ou recebeu tratamento para tal nos últimos 5 anos? |
| <input type="checkbox"/> Desmaio, perda total ou parcial da consciência?  | <input type="checkbox"/> Possui problemas cardíacos?  |   |
| <input type="checkbox"/> Enjoo frequentes?  |   |   |

A informação que forneci sobre o meu historial médico é precisa conforme o melhor do meu conhecimento. Eu aceito a responsabilidade por omissões relativas à falta de divulgação de condições de saúde atuais ou antigas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura\_\_\_\_\_  
Data (DD/MM/AA)\_\_\_\_\_  
Assinatura dos Pais ou Responsável\_\_\_\_\_  
Data (DD/MM/AA)

### INFORMAÇÃO DE CONTATO DE EMERGÊNCIA:

\_\_\_\_\_  
Nome:\_\_\_\_\_  
Relação\_\_\_\_\_  
Telefone Casa\_\_\_\_\_  
Telefone Trabalho