



## Informe Mèdic del Bussejador | Qüestionari del participant (confidencial)

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 metge del bussejador proporciona una base per 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 el seu metge abans de bussejar. Les referències a "busseig" en aquest formulari abasten tant a el busseig recreatiu amb equip autònom com a 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 continua. 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.**

**Per a les dones:** Si vostè està embarassada, o intenta quedar embarassada, no bussegi.

1.	He tingut problemes amb els meus pulmons o respiració, cor o sang.	SI <input type="checkbox"/> Anar al quadre A	NO <input type="checkbox"/>
2.	Tinc més de 45 anys.	SI <input type="checkbox"/> Anar al quadre B	NO <input type="checkbox"/>
3.	Em costa fer exercici moderat (per exemple, caminar 1,6 quilòmetres en 12 minuts o nedar 200 metres sense descansar), o no he pogut participar en una activitat física normal a causa de raons d'estat físic o de salut en els últims 12 mesos.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4.	He tingut problemes amb els meus ulls, oïdes, o fosses nasals o sinus paranasals.	SI <input type="checkbox"/> Anar al quadre C	NO <input type="checkbox"/>
5.	He tingut una cirurgia en els últims 12 mesos, o tinc problemes continus relacionats amb una cirurgia anterior.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6.	He perdut el coneixement, he tingut mals de cap per migranya, convulsions, accident vascular cerebral, lesió significativa al cap, o he patit de lesió o malaltia neurològica persistent.	SI <input type="checkbox"/> Anar al quadre D	NO <input type="checkbox"/>
7.	He tingut problemes psicològics, m'han diagnosticat una discapacitat d'aprenentatge, trastorn de la personalitat, atacs de pànic o una addicció a les drogues o l'alcohol.	SI <input type="checkbox"/> Anar al quadre E	NO <input type="checkbox"/>
8.	He tingut problemes d'esquena, hèrnia, úlceres o diabetis.	SI <input type="checkbox"/> Anar al quadre F	NO <input type="checkbox"/>
9.	He tingut problemes estomacals o intestinals, incloent diarrea recent.	SI <input type="checkbox"/> Anar al quadre G	NO <input type="checkbox"/>
10.	Estic prenent medicaments receptats (amb l'excepció dels anticonceptius o els medicaments antipalúdics).	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



### Signatura del Participant

**Si va respondre NO** a les 10 preguntes anteriors, no es requereix una avaluació mèdica.

Si us plau, llegiu i accepteu la declaració del participant a continuació amb la data i la seva signatura.

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

\_\_\_\_\_  
Signatura del/la participant (o, si és menor d'edat, es requereix la signatura del pare/mare o tutor/a del participant).

\_\_\_\_\_  
Data (dd/mm/any)

\_\_\_\_\_  
Nom del/la participant (majúscules)

\_\_\_\_\_  
Data de naixement (dd/mm/any)

\_\_\_\_\_  
Nom del instructor/a (majúscules)

\_\_\_\_\_  
Nom de centre de busseig (majúscules)

\* **Si va respondre Sí** a les preguntes 3, 5 o 10 anteriors **o** a qualsevol de les preguntes de l'Informe Mèdic del Bussejador, llegiu i accepteu la declaració anterior amb la data i la seva signatura, i porti el Formulari de Avaluació del Metge al seu metge, per una avaluació mèdica.  
La participació en un programa d'entrenament de busseig, requereix l'avaluació i aprovació del seu metge.

Nom del/la participant

Data de naixement

(majúscules)

Data (dd/mm/any)

### Informe Mèdic del Bussejador | Qüestionari del participant (confidencial) Continuació

QUADRE A - TINC/HE TINGUT		
Cirurgia toràcica, cirurgia cardíaca, cirurgia de vàlvula cardíaca, col·locació de "stent" o pneumotòrax (pulmó col·lapsat).	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Asma, sibilàncies, al·lèrgies greus, febre del fenc o vies respiratòries congestionades en els últims 12 mesos que limiti la meva activitat física o exercici.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Un problema o malaltia que involucra el meu cor, com: angina de pit, dolor al pit en l'esforç, insuficiència cardíaca, edema pulmonar, miocardiopatia o accident cerebrovascular, o estic prenent medicaments per a qualsevol afecció cardíaca.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bronquitis recurrent i tos persistent en els últims 12 mesos, o han estat diagnosticats amb emfisema.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Síntomes que afectin els meus pulmons, respiració, cor i/o sang en els darrers 30 dies i que perjudiquin el meu rendiment físic o mental.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



Nom del/la participant

Data de naixement

(majúscules)

Data (dd/mm/any)

## Informe Mèdic del Bussejador | Qüestionari del participant (confidencial) Continuació

QUADRE B - TINC MÉS DE 45 ANYS I:		
Actualment fumo o inhalo nicotina per altres mitjans.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tinc un nivell alt de colesterol.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tinc pressió arterial alta	SI * <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 (inclosos ritmes cardíacs anormals, malaltia de les artèries coronàries o cardiomiopatia).	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

QUADRE C - TINC/HE TINGUT		
Cirurgia sinusal en els últims 6 mesos.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malalties de l'oïda o cirurgia de l'oïda, pèrdua d'audició o alteracions de l'equilibri.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sinusitis recurrent en els últims 12 mesos.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cirurgia ocular en els últims 3 mesos.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

QUADRE D - TINC / HE TINGUT		
Lesió al cap amb pèrdua de consciència en els darrers 5 anys.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lesions o malalties neurològiques persistents.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mals de cap recurrents per migranya en els últims 12 mesos, o prenc medicaments per prevenir-los.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Esvaïments o desmais (pèrdua total/parcial de la consciència) en els darrers 5 anys.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia, atacs o convulsions, o prenc medicaments per prevenir-los.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



Nom del/la participant

Data de naixement

(majúscules)

Data (dd/mm/any)

## Informe Mèdic del Bussejador | Qüestionari del participant (confidencial) Continuació

QUADRE E - TINC/HE TINGUT		
Salut conductual, problemes mentals o psicològics que requereixin tractament mèdic/psiquiàtric.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Depressió Major, tendència suïcida, atacs de pànic, trastorn bipolar descontrolat que requereix medicació/tractament psiquiàtric.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
He estat diagnosticat amb una condició de salut mental o un trastorn d'aprenentatge/desenvolupament que requereix atenció contínua o d'un allotjament especial.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Una addicció a les drogues o a l'alcohol que requereix tractament en els darrers 5 anys.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

QUADRE F - TINC / HE TINGUT		
Problemes recurrents a l'esquena en els darrers 6 mesos que limiten la meva activitat diària.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cirurgia d'esquena o columna vertebral en els darrers 12 mesos.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabetis, ja sigui controlada per medicació o per dieta, o diabetis gestacional en els darrers 12 mesos.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Una hèrnia no corregida que limita les meves habilitats físiques.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Úlceres actives o no tractades, ferides problemàtiques o cirurgia d'úlceres en els darrers 6 mesos.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

QUADRE G - TINC / HE TINGUT		
Cirurgia d'ostomia i no tinc autorització mèdica per nedar o participar en activitat física.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Deshidratació que requereix intervenció mèdica en els darrers 7 dies.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Úlceres estomacals o intestinals actives o no tractades o cirurgia d'úlceres en els darrers 6 mesos.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ardor d'estómac freqüent, regurgitació o malaltia per reflux gastroesofàgic (ERGE).	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa activa o no controlada o malaltia de Crohn.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cirurgia bariàtrica en els darrers 12 mesos.	SI * <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

\*Es requereix una avaluació mèdica del metge (veure pàgina 1).



## Informe Mèdic del Bussejador | Formulari d'avaluació del metge examinador

**Nom del/la participant**

**Data de naixement**

(majúscules)

Data (dd/mm/any)

La persona esmentada anteriorment sol·licita la seva opinió sobre la seva idoneïtat mèdica per participar en l'entrenament o activitat de busseig.

### Resultat de l'avaluació

- APTE – No trobo condicions que consideri incompatibles amb el busseig.
- NO APTE - Trobada condicions que considero incompatibles amb el busseig.

\_\_\_\_\_  
Signatura del metge certificat legalment autoritzat

\_\_\_\_\_  
Data (dd/mm/any)

**Metge Examinador**

(majúscules)

**Títols/Credencials clínics**

**Centre Mèdic/Hospital**

**Direcció**

**Telèfon**

**Email**

Segell del Metge/Hospital (opcional)