

Medisch onderzoek zwemmend lid | Vragenlijst voor de (kandidaat-) zwemmer

De leden van de federatie Duiken.Vlaanderen moeten jaarlijks een medische keuring krijgen om deel te nemen aan de activiteiten die door de aangesloten clubs worden georganiseerd. Dat omvat zowel de zwembad- als buiten- opleidingen en activiteiten. Voor nieuwe leden moet de keuring er zijn voor 1 september, wanneer de opleidingen starten. Deze keuringen gelden tot eind december van het jaar erop. Vervolgkeuringen gebeuren dan tussen 15 november en 15 januari. Hoewel de zwemmende leden van de federatie geen SCUBA duiksport beogen (dws niet met perslucht zullen duiken), zullen ze toch deelnemen aan de zwembad activiteiten van bij de federatie aangesloten clubs.

Beantwoord, voor uw veiligheid en die van anderen die met u naar het zwembad komen, alle vragen op een eerlijke manier en neem deze ingevulde lijst mee naar je arts. Als u zich zorgen maakt over het belang van een aandoening die niet op dit formulier staat, kunt u dat met uw arts bespreken voordat u gaat duiken. Als u zich ziek voelt, ga dan niet naar het zwembad. Als u denkt dat u een besmettelijke ziekte hebt, bescherm dan uzelf en anderen door niet deel te nemen aan de clubactiviteiten. Vanaf blz 3 **neemt uw arts het over met daarop een korte uitleg en het verzekeringsattest op blz 4.**

Vragenlijst in te vullen door de (kandidaat-) zwemmer

| VRAAG | | ANTWOORD | |
|-------|--|--|-------------------------------|
| 1 | Ik heb problemen gehad met mijn longen, ademhaling, hart en/of bloed die mijn normale fysieke of mentale prestaties beïnvloed hebben. | Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box A | Neen <input type="checkbox"/> |
| 2 | Ik ben ouder dan 45 jaar. | Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box B | Neen <input type="checkbox"/> |
| 3 | Ik heb moeite om matige inspanningen uit te voeren (bijvoorbeeld 1,6 kilometer wandelen in 14 minuten of 200 meter zwemmen zonder onderbreking), of ik was in de afgelopen 12 maanden niet in staat deel te nemen aan een normale fysieke activiteit als gevolg van mijn fysieke conditie of gezondheidsredenen. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 4 | Ik heb problemen met mijn ogen, oren, neus (-verstopping) of sinussen. | Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box C | Neen <input type="checkbox"/> |
| 5 | Ik onderging een chirurgische ingreep in de laatste 12 maanden, of heb aanhoudende klachten door een heelkundige ingreep in het verleden. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 6 | Ik heb ooit bewustzijnsverlies, migraine, stuipen, beroerte, of belangrijk hoofdletsel gehad, of ik heb een aanslepende neurologische ziekte of letsel. | Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box D | Neen <input type="checkbox"/> |
| 7 | Ik onderga momenteel een behandeling (of heb in de afgelopen vijf jaar een behandeling nodig gehad) voor psychische problemen, persoonlijkheidsstoornis, paniekaanvallen of een drugs- of alcoholverslaving ; of, ik ben gediagnosticeerd met een leer- of ontwikkelingsstoornis. | Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box E | Neen <input type="checkbox"/> |
| 8 | Ik heb rugproblemen, hernia, chronische wonden aan de onderbenen of diabetes gehad. | Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box F | Neen <input type="checkbox"/> |
| 9 | Ik heb maag- of darmproblemen of heb deze gehad (ook: recentelijk diarree) | Ja <input type="checkbox"/> Ga naar box G | Neen <input type="checkbox"/> |
| 10 | Ik neem medicijnen op doktersvoorschrift (met uitzondering van anticonceptie of anti-malaria medicijnen andere dan mefloquine (Lariam). | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |

Indien u NEEN antwoordde op al de 10 bovenstaande vragen hoeft u de vervolg vragenlijst niet in te vullen en kan het duikmedisch onderzoek beperkt gehouden worden tot de aanbevelingen voor de keuringsarts in bijlage. **Indien u JA antwoordde** op vragen 3, 5 of 10 of op één of meerdere vragen op pagina 2 is een uitgebreider onderzoek aangewezen.

Lees a.u.b. de onderstaande deelnemersverklaring en verklaar uw akkoord door deze te ondertekenen en van een datum te voorzien.

Deelnemersverklaring: Ik heb alle vragen eerlijk beantwoord en begrijp dat ik de verantwoordelijkheid accepteer voor alle consequenties die voortkomen uit elke vraag die ik niet accuraat heb beantwoord of voor het niet bekend maken van ziekten of gezondheidsaandoeningen die ik momenteel of in het verleden had.

Naam:

Geboortedatum:...../...../.....

Handtekening deelnemer
(of, indien minderjarig van de ouder/voogd)

Datum:

Duikclub:

.....

...../...../.....

.....

Neem alle pagina's van dit formulier (Deelnemersvragenlijst en Evaluatieformulier voor artsen), mee naar uw arts voor een medisch onderzoek.

medisch onderzoek voor de zwemmer | Deelnemersvragenlijst vervolg

| BOX A-ik heb, of heb gehad: | ANTWOORD | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Heelkunde aan/in de borstkas, het hart, of één of meerdere hartkleppen; een implantaat (bv. een stent, pacemaker, neurostimulator) ; of een pneumothorax (klaplong) en/of een chronische longziekte. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Astma, piepende ademhaling, ernstige allergieën, hooikoorts of verstopte luchtwegen in de afgelopen 12 maanden die mijn lichamelijke activiteit / inspanning beperkt | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Een probleem of ziekte van het hart, zoals: angina (hartkramp), pijn op de borst bij inspanning, hartfalen, longoedeem bij onderdompeling, hartaanval of beroerte, OF ik neem medicatie voor een hartaandoening. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Terugkerende bronchitis en hoesten in de afgelopen 12 maanden, OF werd gediagnosticeerd met emfyseem. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Symptomen die mijn longen, ademhaling, hart en/of bloed betreffen, in de afgelopen 30 dagen en die mijn fysieke of mentale prestaties aantasten | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| BOX B-ik ben ouder dan 45 jaar en: | ANTWOORD | |
| Ik rook momenteel of inhaleer nicotine op een andere manier | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Ik heb een hoge cholesterolwaarde | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Ik heb een hoge bloeddruk | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Ik heb/had een nabij familielid of bloedverwant die plotseling gestorven is van hart-en vaatziekten of beroerte voor de leeftijd van 50, of: er is in mijn familie een geschiedenis van hart-en vaatziekten voor de leeftijd van 50 (met inbegrip van abnormale hartritmes, coronaire hartziekte of cardiomyopathie). | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| BOX C-ik heb, of heb gehad: | ANTWOORD | |
| Heelkundige ingreep aan de sinussen in de afgelopen 6 maanden | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Een aandoening of een operatie aan het oor / de oren, gehoorverlies of evenwichtsproblemen | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Terugkerende sinusitis in de afgelopen 12 maanden | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Oogoperatie in de afgelopen 3 maanden | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| BOX D-ik heb, of heb gehad: | ANTWOORD | |
| Een hoofdletsel met bewustzijnsverlies in de afgelopen 5 jaar. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Aanslepende neurologische ziekte of letsel | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Terugkerende migraine hoofdpijn in de afgelopen 12 maanden, of: ik neem medicijnen om ze te voorkomen | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Black-outs of flauwvallen (volledig/gedeeltelijk bewustzijnsverlies) in de afgelopen 5 jaar | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie, stuipen, of: ik neem medicijnen om ze te voorkomen. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| BOX E-ik heb, of heb gehad: | ANTWOORD | |
| Gedragstoornissen, mentale of psychische problemen die medische/psychiatrische behandeling vereisen. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Ernstige depressie, zelfmoordgedachten, paniekaanvallen, ongecontroleerde bipolaire stoornis die medicatie en/of psychiatrische behandeling vereisen | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Gediagnosticeerd met een geestesziekte of een leer- of ontwikkelingsstoornis die voortdurende zorg of bijzondere aanpassingen vereist. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Een drugs- of alcoholverslaving die behandeling nodig had in de afgelopen 5 jaar. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| BOX F-ik heb, of heb gehad: | ANTWOORD | |
| Terugkerende rugproblemen in de laatste 6 maanden die mijn dagelijkse activiteit beperken. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Heelkundige ingreep aan de rug of de ruggengraat in de afgelopen 12 maanden | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Diabetes, behandeld met medicatie of dieet; of zwangerschapsdiabetes in de afgelopen 12 maanden | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Een niet-behandelde hernia die mijn fysieke capaciteiten beperkt. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Actieve of onbehandelde wonden, chronische wonden of operaties voor chronische wonden in de afgelopen 6 maanden. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| BOX G-ik heb, of heb gehad: | ANTWOORD | |
| Stoma chirurgie, waarbij ik geen medische goedkeuring heb om te zwemmen of deel te nemen aan lichamelijke activiteiten. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Uitdroging (dehydratie) die een medische behandeling nodig had in de afgelopen 7 dagen. | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Actieve of onbehandelde maag- of darmzweren of een maagzweeroperatie in de afgelopen 6 maanden | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Frequent last van brandend maagzuur, oprispingen, of gastro-oesofageale reflux ziekte (GERD) | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Actieve of niet-gestabiliseerde Colitis Ulcerosa of Ziekte van Crohn | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| Bariatrische chirurgie in de afgelopen 12 maanden | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |

Elke vraag beantwoord met een JA vereist een doorgedreven medisch onderzoek met specifieke aandacht voor de duikmedische relatie tot betreffende aandoening. Hiervoor wendt u zich bij voorkeur tot een arts met kennis van duikgeneeskunde.

Leidraad voor artsen

Beste collega,

Deze zwemmer komt zich bij u aanbieden voor **een medische keuring**. In onze federatie (Duiken.Vlaanderen) is dit een jaarlijkse verplichting. Sommige leden zullen niet duiken, maar nemen wel deel als zwemmer aan de activiteiten (vnl zwembadtrainingen). Zwemmen vereist een goede medische conditie owv de belasting die het lichaam ondervindt bij het sporten. De zwemmer sluit zich aan bij een duikclub, en hoewel hij of zij dus geen perslucht oefeningen zal meedoen, verwachten we toch dat hij medisch gezien de sportactiviteiten in het zwembad kan meedoen.

Hoe gaat u te werk ?

Stap 1: U doet een risico-inschatting adv de vragenlijst die de kandidaat al invulde en obv leeftijd, body mass index en de aanwezigheid van comorbiditeit. Indien de kandidaat overal neen antwoordde op de vragenlijst, kan het onderzoek beperkt blijven met een algemeen klinisch onderzoek van hart en longen, nazicht oren voor cerumen en tympane membraan, functionaliteit tuba Eustachii (Valsalva manoeuvre) en een algemeen orthopedisch/neurologisch nazicht. Overweeg in de andere gevallen bijkomend nazicht.

Stap 2: U gaat over tot goed- of afkeuring van de kandidaat waarbij u het formulier op de volgende blz van deze bundel dient in te vullen.

Mochten u verdere vragen en/of begeleiding nodig hebben kunt u contact nemen met de Medische Commissie Duiken van Duiken.Vlaanderen via volgend e-mailadres: mc@duiken.vlaanderen.

Beste sporter,

Aangezien dit document nodig is voor uw verzekeringsdekking, raden wij u aan het op voorhand al in te vullen zodat de arts het enkel hoeft na te lezen, te stempelen en te handtekenen (in geval van goedkeuring). Vergeet uw **Duiken.Vlaanderen**-registernummer niet in te vullen. **Dit attest is bestemd voor je duik-federatie**, bezorg het aan je duikclub-verantwoordelijke.

Ondergetekende arts bevestigt dat

(Naam) _____

(Voornaam) _____

(Geboorte datum dd/mm/jaar) ___/___/_____

(Registratie nummer Duiken.Vlaanderen). _____ - _____

(Duikclub) _____

Met verblijfsadres _____

(Straat, nr – bus) _____

(Woonplaats / postcode) _____

Geschikt is om te (duid aan)

Zwemmen

Datum evaluatie ___/___/_____

Stempel arts

Handtekening arts

AG Insurance – Bijkantoor van België

CONCORDIA NV
Sassevaartstraat 46/301 - B-9000 Gent
Tel. +32 9 264 11 11
Polis : AG 99.682.062