



# שאלון רפואי Medical Questionnaire

שם: NAME: \_\_\_\_\_

מס' זיהוי: I.D. No. : \_\_\_\_\_

Dear Diver

This is a confidential medical questionnaire that will help determine your fitness for scientific diving. Please read the questions carefully and answer all of them.

For your information, answering yes to one or more questions does not necessarily you from diving.

צוללת/ת יקר/ה  
לפניך טופס הצהרה רפואית לגבי מצב בריאותך. אנא מלא/י טופס זה בקפידה, לאחר קריאתו בעיון. טופס זה הינו סודי לסייע ונועד בקביעת כשירותך לעסוק בצלילת מחקר.

לידיעתך, תשובה חיובית על אחת או כמה מהשאלות לא בהכרח פוסלת אותך מצלילה.

האם סבלת או הנך סובלת מאחד מהמצבים הבאים? :

DO YOU OR DID YOU EVER SUFFER FROM ANY OF THE FOLLOWING CONDITIONS?:

לא No	כן Yes	
		1. מחלת ריאות כרונית (אסטמה, ברונכיטיס ספסטית, שחפת, חבלה או ניתוח חזה/לב) CHRONIC LUNG DISEASE (ASTHMA, BRONCHITIS SPASTIC, TUBERCULOSIS, INJURY OR SURGERY TO THE CHEST/HEART)
		2. מחלת לב (מחלה לב איסכמית, מחלת לב מסתמית, הפרעת קצב) HEART DISEASE (ISCHEMIC HEART DISEASE, VALVULAR HEART DISEASE, ARRHYTHMIA)
		3. מחלות עיניים והפרעות ראייה EYE DISEASE AND EYESIGHT PROBLEMS
		4. מחלות הקשורות באף אוזן גרון (סינוסיטיס כרוני, נזלת אלרגית, דלקת אוזניים) ILLNESSES CONNECTED TO EAR NOSE THROAT (CHRONIC SINUSITIS, ALLERGIC HAY FEVER, EAR INFECTIONS)
		5. מחלת כליות או דרכי השתן ILLNESS OF THE URINARY TRACT OR THE KIDNEYS
		6. מחלת פרקים RHEUMATIC DISEASE OF THE JOINTS
		7. סוכרת DIABETES
		8. הפרעות נוירולוגיות (אפילפסיה, אירועים של איבוד הכרה, טרשת נפוצה) NEUROLOGICAL DISORDERS (EPILEPSY, LOSS OF CONSCIOUSNESS, MULTIPLE SCLEROSIS)
		9. חבלת ראש עם איבוד הכרה, זעזוע מוח HEAD INJURY WITH LOSS OF CONSCIOUSNESS, CONCUSSION
		10. מיגרנה, אירועים חוזרים של כאבי ראש המפריעים לתפקוד MIGRAINE, REOCCURRING EPISODES OF SEVERE HEADACHES
		11. מחלת נפש MENTAL ILLNESS

• ת"ד 964 , אילת 00188 , Israel 88103 , Eilat 469 , P.O.Box  
טל' +972-8-6360111 • פקס +972-8-6374329 •  
[WWW.IUI.EILAT.AC.IL](http://WWW.IUI.EILAT.AC.IL) • [IUI@VM](mailto:IUI@VM)





המכון הבינאוניברסיטאי למדעי הים באילת  
The Interuniversity Institute For Marine Science  
Founded by the H.Steinitz Marine Biology Laboratory ע"ש שטייניץ ;



לא No	כן Yes	
		12. חרדה, קלאוסטרופוביה, פחד מעמקים ANXIETY, CLAUSTROPHOBIA, FEAR OF DEPTH
		13. מחלות כרוניות של מערכת (כיב העיכול פפטי, רפלקס) CHRONIC DISEASES OF THE DIGESTIVE TRACT (PEPTIC ULCER, REFLUX)
		14. יתר לחץ דם HYPERTENSION
		15. בעיות המטולוגיות (אנמיה, בעיות בתפקודי קרישה) HEMATOLOGICAL PROBLEMS (ANEMIA, PROBLEMS WITH BLOOD CLOTTING)
		16. חבלות בעמוד השדרה INJURY TO THE SPINE
		17. תאונות צלילה ( דקומפרסיה, תסחיף אוויר, ברוטראומה של האוזן). DIVING ACCIDENTS (DCI, AIR EMBOLISM, BAROTRAUMA OF THE EAR)
		18. האם נזקקת בעבר לטיפול היפרברי (תא לחץ). WERE YOU EVER IN NEED OF HYPERBARIC TREATMENT? (RECOMPRESSION CHAMBER)
		19. _____ אשפוז בבית חולים-פרט HOSPITALIZATION – SPECIFY _____
		20. _____ ניתוחים – פרט SURGERY – SPECIFY _____
		21. התמכרות לאלכוהול או סמים ADDICTION TO ALCOHOL OR DRUGS
		22. _____ שימוש קבוע בתרופות, פרט REGULAR USE OF MEDICATION – SPECIFY _____
		23. האם הנך בהריון ? ARE YOU PREGNANT?
		24. האם הוגבלת בעבר בצלילה מסיבות רפואיות ? WERE YOU EVER LIMITED IN DIVING FOR MEDICAL REASONS?

INFORMATION ADDITIONAL

מידע נוסף

---



---



---



---

GIVING FALSE INFORMATION WILL RESULT IN  
SUSPENSION FROM DIVING ACTIVITY WITHIN THE  
INSTITUTE AND WILL EXEMPT THE DOCTOR AND  
THE MANAGEMENT OF THE INSTITUTE FROM ANY  
RESPONSIBILITY

מסירת פרטים לא נכונים תגרום להרחקת  
פעילות צלילה במסגרת המכון ותפטור את  
הרופא ואת הנהלת המכון מכל אחריות.

DATE \_\_\_\_\_ תאריך

SIGNATURE \_\_\_\_\_ חתימה

• ת"ד 964 , אילת 00188 , Israel 88103 , P.O.Box 469  
טל' +972-8-6360111 • פקס +972-8-6374329 •  
[WWW.IUI.EILAT.AC.IL](http://WWW.IUI.EILAT.AC.IL) • [IUI@VM](mailto:IUI@VM)





## DIVING MEDICAL APPROVAL

## אישור רופא צלילה

I examined the above mentioned individual and found him fit for scientific diving, in accordance with the medical standards in the diving procedures of the Institute. Checked tests are marked below (according to the doctor).

### During All Initial and Periodic Re-Exams:

- Medical history
- Complete physical exam, with emphasis on neurological and ontological components
- Urinalysis

### During First Exam Over Age 40

- Urinalysis
- Chest x-ray
- Resting ECG
- Blood lipid
- Blood glucose
- Assessment of coronary artery disease using Multiple-Risk-Factor Assessment (age, lipid profile, blood pressure, diabetic screening, smoker)
- \* Above the age of 45 in Israel a stress EKG test is also required

### Periodic re-examination over age 40 (every 3 years); over age 60 (every 2 years):

- Medical History
- Complete Physical Exam, emphasis on neurological and otological components
- Blood lipid
- Blood glucose
- Detailed assessment of coronary artery disease risk factors using Multiple-Risk-Factor Assessment1 (age, family history, lipid profile, blood pressure, diabetic screening, smoking history). Further cardiac screening may be indicated based on risk factor assessment.
- Resting EKG
- Urinalysis
- Any further tests deemed necessary by the physician

בדקתי את הנ"ל ומצאתי אותו כשיר לצלילה מדעית עפ"י הקריטריונים הרפואיים הבאים אשר מופיעים בקובץ נוהלי הצלילה של המכון: להלן בדיקות שהנבדק עבר (מסומן ע"י הרופא):

### סוגי בדיקות שיש צורך לעבור ע"י רופא מטפל

- היסטוריה רפואית
- בדיקת גופנית מלאה בדגש על רכיבים נוירולוגיים ואוטולוגיים
- בדיקת שתן כללית

### סוגי בדיקות ראשוניות עבור צוללים מעל גיל 40

- צילום רנטגן חזה
- בדיקת שתן כללית
- בדיקת שומנים בדם
- בדיקת סוכר בצום
- א.ק.ג. במנוחה
- הערכת מחלה לב כלילית באמצעות הערכת גורמי סיכון (גיל, היסטוריה משפחתית, פרופיל שומנים בדם, לחץ דם, סוכרת ועישון).

### סוגי בדיקות נוספות עבור צוללים מעל גיל 40 (כל 3 שנים)

#### ומעל גיל 60 (כל שנתיים)

- היסטוריה רפואית
- בדיקת גופנית מלאה בדגש על רכיבים נוירולוגיים ואוטולוגיים
- א.ק.ג. במנוחה
- בדיקת שתן כללית
- בדיקת שומנים בדם
- בדיקת סוכר בצום
- הערכת מחלה לב כלילית באמצעות הערכת גורמי סיכון (גיל, היסטוריה משפחתית, פרופיל שומנים בדם, לחץ דם, סוכרת ועישון).

כל בדיקה נוספת על פי החלטת הרופא:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





בדקתי את הנ"ל ומצאתי אותו כשיר לצלילה מדעית עפ"י הקריטריונים הרפואיים  
אשר מופיעים בקובץ נוהלי הצלילה של המכון:

**I examined the above-mentioned individual and found him fit for scientific diving,  
in accordance with the medical standards in the diving procedures of this Institute.**

Name: \_\_\_\_\_ שם הנבדק:

Date \_\_\_\_\_ תאריך

Remarks:

הערות:

---

---

---

---

Dr Name: \_\_\_\_\_ שם הרופא:

License No: \_\_\_\_\_ מס' רישיון:

