



Medical Examination

الفحص الطبي

Participant Name:

اسم المشارك:

Medical Statement:

Freediving is a strenuous activity carried out in the underwater environment, which may, under certain conditions, increase your risk of injury. This risk may be significantly increased if you have certain physical conditions. These same physical conditions would not necessarily be a safety factor in other strenuous activities or sports. therefore, using the following questionnaire to make you aware of these conditions. Failure to address these conditions prior to engaging in breath-hold diving activity may endanger your health and your safety.

The physician needs to sign at the bottom of the form to say that he/she finds no medical conditions that prevent the participant from participating in the free diving activity.

إفادة طبية:

يعتبر الغوص الحر نشاطاً شاقاً يتم إجراؤه تحت الماء، والذي قد يؤدي في ظل ظروف معينة إلى زيادة خطر إصابتك. وقد يزداد هذا الخطر بشكل كبير إذا كنت تعاني من حالات جسدية معينة، وهذه الظروف الجسدية نفسها ليس بالضرورة أن تكون عاملاً من عوامل الأمان في الأنشطة أو الرياضات الشاقة الأخرى. لذلك يستخدم الاستبيان التالي لإعلامك بهذه الشروط. قد يؤدي عدم معالجة هذه الظروف قبل الانخراط في نشاط الغوص الذي يعتمد على كتم النفس إلى تعريض صحتك وسلامتك للخطر.

يحتاج الطبيب إلى التوقيع في أسفل الاستمارة بعدم وجود أي موانع صحية تمنع المشارك من المشاركة في نشاط الغوص الحر.

Medical questions to be answered by the participant:

يتم الإجابة على الأسئلة الطبية من قبل المشارك:

1) Neurological Conditions: including but not limited to any history of seizure disorder, stroke, brain surgery, repeated black outs or fainting fits, severe migraine headaches, or aneurysm of the brain's blood vessels.	Yes - No	(١) الحالات العصبية: تتضمن على سبيل المثال وليس الحصر أي تاريخ لاضطراب نوبات الصرع أو السكتة الدماغية أو جراحة الدماغ أو نوبات الإغماء أو الصداع النصفي الحاد أو تمدد الأوعية الدموية في الدماغ.
2) Cardiovascular Conditions: Especially heart attack, heart surgery, irregular heartbeat, uncontrolled elevated blood pressure.	Yes - No	(٢) أمراض القلب والأوعية الدموية: خاصة النوبات القلبية، جراحة القلب، عدم انتظام ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم غير المنضبط.
3) Pulmonary Conditions: Especially a history of spontaneous collapsed lung, collapsed lung due to injury, cysts or air pockets of the lungs, severe damage to lung tissue, emphysema, or any lung problem which interferes with your ability to breathe.	Yes - No	(٣) الحالات الرئوية: خاصة تاريخ الأمراض الرئوية أو الإصابات الرئوية أو الأكياس والجيوب الهوائية في الرئتين أو تلف أنسجة الرئة الشديد أو انتفاخ الرئة أو أي مشكلة أو إصابة في الرئة تتعارض مع قدرتك على التنفس.
4) Ear Conditions: Permanent holes of the eardrums, history of ruptured eardrum, permanent tubes in eardrums, severely impaired hearing, or hearing loss in one or both ears, or major ear surgery.	Yes - No	(٤) حالات الأذن: الثقوب الدائمة في طبلة الأذن أو تمزق سابق لطبلة الأذن أو الأنابيب الدائمة في طبلة الأذن أو الضعف الشديد في السمع أو فقدان السمع في إحدى الأذنين أو كليهما أو جراحة كبيرة في الأذن.
5) Sinus Conditions: Tumor, polyps, or cyst of the sinus cavities or nasal passages, major sinus surgery, or persistent sinus infection.	Yes - No	(٥) حالات الجيوب الأنفية: تورمات أو زوائد لحمية في تجاويف وممرات الجيوب الأنفية، أو جراحة الجيوب الأنفية، أو التهاب الجيوب الأنفية المستمر.
6) Asthma: History of asthma or asthma attacks. Any history of wheezing caused by exercise, anxiety, cold, fatigue, etc. Any condition requiring medication and/or use of an inhaler for control of wheezing.	Yes - No	(٦) الربو: أمراض ونوبات الربو، أي تاريخ من صعوبة التنفس الناجم عن التمارين والقلق والبرد والإرهاق وما إلى ذلك، أي حالة تتطلب دواء و/أو استخدام جهاز الاستنشاق للتحكم في صعوبة التنفس.



7) Diabetes Mellitus: Especially Type I Diabetes (Insulin dependent) or Type II Diabetes, which requires insulin or oral medication for control. Any form of Diabetes that is unstable, "brittle" or produces episodes of hypoglycemia (low blood sugar reactions), hyperglycemia (extremely high blood sugar with ketosis) or if there is related kidney disease, eye disease, heart disease or blood vessel disease.	Yes - No	٧) داء السكري: وخاصة داء السكري من النوع الأول (المعتمد على الأنسولين) أو داء السكري من النوع الثاني والذي يتطلب الأنسولين أو الدواء عن طريق الفم للتحكم فيه، أو أي شكل من أشكال مرض السكري ينتج نوبات نقص السكر في الدم (انخفاض تفاعلات السكر في الدم) أو ارتفاع السكر في الدم، أو إذا كان هناك أمراض ذات صلة بذلك في الكلى أو العيون أو القلب أو الأوعية الدموية.
8) Pregnancy: If you are presently pregnant or planning to be pregnant.	Yes - No	٨) الحمل: إذا كنت حاملاً حالياً أو تخططين للحمل.
9) Freediving/Scuba Diving Conditions: Previous history of a diving accident, decompression sickness, decompression of the inner ear of air.	Yes - No	٩) حوادث الغوص الحر/غوص السكوبا: تاريخ سابق لحوادث غوص، أو مرض تخفيف الضغط، أو إصابات الأذن الداخلية.
10) Medication: Any medication taken on a regular basis either over the counter or prescribed by a physician.	Yes - No	١٠) الأدوية: أي دواء يؤخذ بشكل منتظم سواء كان بدون وصفة طبية أو موصوف من قبل الطبيب المعالج.
11) General Medical Problems: Any physical and/or emotional condition not mentioned that might affect your safety in an underwater environment or affect your judgment under times of physical or emotional stress.	Yes - No	١١) مشاكل طبية عامة: أي حالة جسدية و/أو نفسية لم يتم ذكرها من شأنها التأثير على سلامتك تحت الماء أو تؤثر على حكمك في أوقات الضغط الجسدي أو العاطفي.

I certify that I have answered the above questions accurately and honestly, and I am responsible for omission regarding my failure to disclose any current or past health condition.

أقر بأنني أجبت على جميع الأسئلة الطبية بدقة وصدق، وأنا المسؤول عن عدم الإفصاح والكشف عن أي حالة صحية حالية أو سابقة.

Participant Name:	اسم المشارك:
Signature:	التوقيع:
Date of Birth*:	تاريخ الميلاد*:
Date:	التاريخ:
*If the participant is aged less than 18 years, this must also be signed by a parent/guardian:	*إذا كان عمر المشارك اقل من ١٨ سنة، يجب توقيع ولي الأمر بالموافقة:
Name of participant's parent or guardian:	اسم ولي الأمر:
Signature:	التوقيع:

Physician to complete

يتم استكمال الجزء التالي عن طريق الطبيب

I find no medical conditions that I consider incompatible with freediving.		لا أجد أي مانع طبي يمنع المشاركة في نشاط الغوص الحر.
I am unable to recommend this individual for freediving.		لا أوصي بالمشاركة في نشاط الغوص الحر.
Participant Name:		اسم المشارك:
Physician's Name:		اسم الطبيب:
Physician's Signature:		توقيع الطبيب:
Date:		التاريخ:
Physician's Contact Number:		رقم التواصل للطبيب:
Physician's Stamp:		ختم الطبيب:
My signature on the above verifies that I have completely reviewed this applicant's Medical Statement and find no counter-indications for freediving.		يثبت توقيعي على ما ورد أعلاه بأنني قد راجعت البيان الطبي بالكامل لمقدم الطلب المذكور أعلاه ولم أجد أي مؤشرات تمنع المشاركة في نشاط الغوص الحر.