

Eerste Duikmedisch onderzoek | Deelnemersvragenlijst voor de (kandidaat) duiker

Recreatief en Technisch duiken vereisen een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid. Er zijn een aantal medische aandoeningen of condities die een gevaar zijn tijdens het duiken. Onderstaande vragenlijst helpt om die aandoeningen op te sporen. Personen die één van deze aandoeningen hebben, of er vatbaar voor zijn, moeten door een arts diepgaander onderzocht worden. Deze duikmedische vragenlijst helpt uw arts om te bepalen of verder onderzoek nodig is. Als u zich zorgen maakt over de invloed op het duiken van een aandoening die niet op dit formulier is weergegeven, neem dan contact op met uw arts voordat u gaat duiken. Als u zich ziek voelt, vermijd duiken. Als u denkt dat u een besmettelijke ziekte hebt, bescherm dan uzelf en anderen door niet deel te nemen aan duikopleidingen of duikactiviteiten. Dit formulier is voornamelijk bedoeld als hulpmiddel bij een eerste medische controle voor nieuwe duikers, maar is ook geschikt voor de verplichte jaarlijkse duikmedische keuring. **Beantwoord, voor uw veiligheid en die van anderen die met u duiken, alle vragen op een eerlijke manier, en neem deze ingevulde bundel mee naar je arts.**

Vragenlijst in te vullen door de (kandidaat-) zwemmer of duiker

Opmerking voor vrouwen: Als u zwanger bent of probeert zwanger te geraken, duik dan niet.

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.

Duikmedisch onderzoek | 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 kandidaat-duiker komt zich bij u aanbieden voor **een eerste duikmedische keuring**. In onze federatie (Duiken.Vlaanderen) is dit een jaarlijkse verplichting. Duiken vereist een goede medische conditie owv de belasting die het lichaam ondervindt onder water. Ook mentaal moet de duiker in staat zijn een goede inschatting van situaties te kunnen maken. De onderwaterwereld is niet vergevingsgezind. *Onderzoek in Vlaanderen (2024) liet zien dat duikers die cardiale medicatie nemen of gevolgd worden voor neus-keel-oor problemen een 5-9 keer hoger risico hebben op een duikaccident met hospitalisatie tot gevolg.*

Om de duikmedische keuring systematisch te doen onderscheiden we

- **Een eerste keuring (kandidaat duiker)**
- Een follow-up keuring (jaarlijks, tussen 15 november en 15 januari)
- Een keuring na duikaccident of ernstige ziekte

Deze eerste keuring verloopt in stappen die u dient te nemen

- Stap 1: herkenning van absolute contra-indicaties om te duiken
- Stap 2: risico-inschatting (obv afwijkende vragenlijst, leeftijd, rookgedrag, BMI en een aantal co-morbiditeiten)
- Stap 3: besluit (goed- of afkeuring, of indicatie verder nazicht)

Hoe gaat u tewerk ?

Stap 1: U overloopt de lijst met absolute contra-indicaties om te mogen SCUBA duiken (zie volgende blz – deel A). Indien een van deze aanwezig is, dan mag de persoon niet duiken. Indien er geen contra-indicatie is, dan gaat u naar stap 2.

Stap 2: U doet een risico-inschatting adv de vragenlijst die de kandidaat al invulde en obv leeftijd, body mass index en de aanwezigheid van comorbiditeit volgens het schema ook op volgende blz – deel B. Indien de kandidaat overal neen antwoordde op de vragenlijst en minder dan 45 jaar is en geen andere risicofactoren heeft, kan het onderzoek beperkt blijven. Een algemeen klinisch onderzoek van hart en longen, nazicht oren voor cerumen en tympane membraan, functionaliteit tuba Eustachii (Valsalva manoeuvre) en een algemeen orthopedisch nazicht. In de andere gevallen is bijkomend nazicht nodig.

Stap 3: U gaat over tot goed- of afkeuring van de kandidaat waarbij u de formulieren op de laatste 2 blz van deze bundel dient in te vullen (2 exemplaren, 1 voor de federatie, 1 voor de duiker).

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.

STEEKKAART EERSTE KEURING

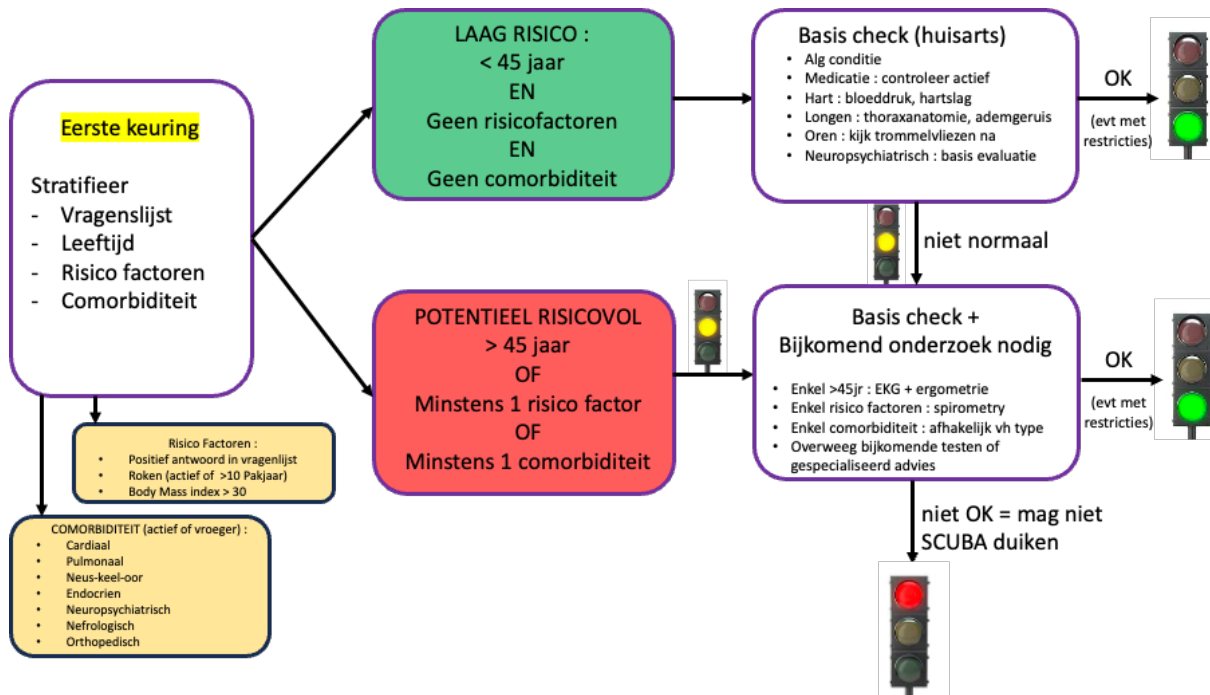
Deel A

Lijst met contra-indicaties (niet limitatief)

- Slechte conditie (niet in staat 100m te zwemmen)
- Epilepsie
- Voorgeschiedenis van spontane pneumothorax
- Longfibrose, mucoviscidose, ongecontroleerd astma of COPD
- Ernstig hart- of vaatlijden
- Voorgeschiedenis van CVA met restletsels
- Niet geheelde perforatie van de trommelvliezen
- Neuro-psychiatrische aandoeningen zoals paniekstoornissen, claustrofobie

Een meer gedetailleerde lijst vindt u op https://www.uhms.org/images/Recreational-Diving-Medical-Screening-System/forms/Diving_Medical_Guidance_EN_English_2021-09-16.pdf

Deel B



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

Duiken (scuba of vrijduiken)

Duiken met restricties (specificeer: _____)

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



MEDISCH ONDERZOEK

naam:

voornaam:

geboortedatum: -- (dag-maand-jaar)

registernummer:

adres:

postcode: B-

woonplaats:

Is geschikt om de duiksport te beoefenen.
(Eng.: is fit for diving)

Datum onderzoek: -- (dag-maand-jaar)

Arts: (stempel + handtekening)

De arts wordt gewezen op het bestaan van de medische fiche, met vragenlijst en onderzoeksrichtlijn voor de duiksport, die vooraf door de te onderzoeken persoon aan u dient te worden overhandigd.



De houder van dit duikboek is ingeschreven als lid van "Duiken.Vlaanderen" en is als duiker verzekerd, voor zover de reglementen van Duiken.Vlaanderen gerespecteerd worden.

Le titulaire de ce passeport de plongeur est membre du "Duiken.Vlaanderen", association sportive Belge de plongée sous-marine, et est assuré comme plongeur, à condition que le règlement de l'association Duiken.Vlaanderen soit respecté.

Der Inhaber dieses Tauchbuches ist Mitglied eines nationalen Belgischen Sportvereins, "Duiken.Vlaanderen" und ist als Taucher versichert, insoweit die Verordnungen des Vereins Duiken.Vlaanderen respektiert werden.

The holder of this logbook is a member of "Duiken.Vlaanderen", a Belgian national sports association, and his/her diving activities are insured provided the regulations of the association Duiken.Vlaanderen are respected.

VERZEKERING - ASSURANCE
VERSICHERUNG - INSURANCE -
SEGURO WORLDWIDE

AG Insurance – Bijkantoor van België
CONCORDIA NV
Sassevaartstraat 46/301 - B-9000 Gent
Polis: AG 99.682.062

Knip beide vakken uit langs de lijn en bewaar ze in je duikmapje.