



## הנחיות רפואיות לקיום קורס צלילה ספורטיבית לחולי סוכרת 2011

חולה סוכרת המבקש לצלול זקוק להערכה רפואית מיוחדת קודם שיאושר, על מנת לוודא שהוא כשיר גופנית ונפשית לצלילה ללא תוספת סיכון. כמוכן זקוק הצולל לקורס המשלב מרכיבים ייחודיים עבורו מבחינת תכנית הקורס ומעטפת הבטיחות שהוא מקבל.

### דרישות מהמועדון:

1. המועדון יתחייב שהוא והצולל יעמדו בתנאים הרשומים להלן
2. המועדון יקבל אישור מראש מהפקח הראשי ומהיועץ הרפואי של רשות הצלילה, להעביר קורס לחולי סוכרת
3. המועדון יתקשר עם רופא מומחה לסוכרת, אשר יעביר הרצאה יעודת כחלק מן הקורס, יסביר לצוללים את הדרישות המיוחדות של הפרוטוקול.
4. היועץ יהיה זמין במהלך הקורס לייעוצים רפואיים לפי הצורך.
5. הצוללים יעברו בדיקות כמפורט להלן ויאושרו על ידי רופא סוכרת ורופא צלילה בכיר קודם שיוורשו להתחיל את הקורס
- 6.

### תנאים מיוחדים לחולה סוכרת המבקש לצלול:

1. גיל מעל 18 (במקרים מיוחדים באישור רופא צלילה בכיר מגיל 16).
2. אישור רופא צלילה בכיר, לאחר שהמועמד יבצע בדיקות כמפורט בנספח הרצ"ב.
3. מגבלות צלילה המיוחדות לצולל סכרתי:
  - א. עומק עד 30 מטר
  - ב. זמן צלילה כולל > 60 דקות
  - ג. ללא צורך בדקומפרסיה
  - ד. לא במערות או בתוך אתרים סגורים אחרים (ספינות)
  - ה. לא בתנאי אקלים קשה או בתנאי ים קשים
4. מלווה בצולל בריא, 2 כוכבים לפחות וללא מגבלות
5. המלווה יודע על הסוכרת, יודע את נהלי צלילת חולי סוכרת, יודע לזהות סימני היפוגליקמיה ולטפל בהם, ומוכן לעשות זאת
6. הצולל יבצע הערכה כללית עצמית של מצב גופני לפני כל צלילה
7. מגבלות רמת סוכר לצלילה: סוכר מעל 150 מג% ופחות מ 300 מג% לפני הכניסה למים
8. ניהול קפדני של יומן צלילות כולל רמות סוכר וסיבוכים

### ערכה לצולל סכרתי: ערכה זאת תהיה זמינה מיידית בסירה, אצל המדריך או אצל הצולל עצמו בעת כל צלילה.

1. מיכל עמיד מים לערכה
2. נוהלי צלילה מיוחדים לחולי סוכרת על נייר עמיד מים
3. מכתב עם סיכום מצבו הרפואי
4. מכשיר לבדיקת סוכר בדם, עם סטיקים מתאימים
5. טבליות סוכר או דומה
6. דבש או משחת גלוקוז בשפופרת עמידת מים ולחץ
7. תג זיהוי שם על גופו



**טופס בדיקות מקדימות לחולה סוכרת המבקש לצלול**

למילוי על ידי הרופא המטפל:

1. שם המטופל: \_\_\_\_\_
2. ת.ז. \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_
3. כתובת: \_\_\_\_\_
4. טלפון: \_\_\_\_\_ אימייל: \_\_\_\_\_
5. סוג הסוכרת: \_\_\_\_\_ שנת הופעת המחלה: \_\_\_\_\_
6. הטיפול היום: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
7. האם המחלה יציבה: כן / לא פרט: \_\_\_\_\_
8. משקל וגובה או BMI: \_\_\_\_\_
9. פגיעה בעיניים: כן / לא פרט: \_\_\_\_\_
10. פגיעה בכליות: כן / לא פרט: \_\_\_\_\_
11. מחלת לב כלילית: כן / לא פרט: \_\_\_\_\_
12. פגיעה בכלי דם: כן / לא פרט: \_\_\_\_\_
13. יתר לחץ דם: כן / לא פרט: \_\_\_\_\_
14. פגיעה ברגליים: כן / לא פרט: \_\_\_\_\_
15. רמת HbA1C אחרונה: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_
16. רמות סוכר רגילות במשך היום: \_\_\_\_\_
17. אירועים של היפוגליקמיה: \_\_\_\_\_
18. בזמן האירוע המטופל מזהה את האירוע בעצמו: \_\_\_\_\_

ד"ר \_\_\_\_\_ מ.ר. \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_ אימייל: \_\_\_\_\_  
אני מכיר את המטופל כ: רופא משפחה / רופא סוכרת / רופא צלילה / אחר: \_\_\_\_\_