



**PADI**

## 標準安全潛水實務瞭解聲明書

### 在簽名前，請仔細閱讀。

此聲明之目的在告知您浮潛和水肺潛水之既定安全潛水規範。這些規範的編輯乃是供您作檢查與確認之用，旨在提高您對潛水的安心與安全。您必須在此聲明書上簽名，以證明您瞭解這些安全潛水規範。在簽名之前，請先閱讀并討論此聲明書之內容。如果您尚未成年，同時也必須請您的家長或監護人在此聲明書上簽名。

本人 \_\_\_\_\_ (請以正楷填上姓名) \_\_\_\_\_，瞭解身為一位潛水員，我應該：

1. 維持適合潛水的良好心理與生理狀態。潛水時，避免受到酒精和危險藥物的作用影響。保持潛水技巧的熟練，在停滯潛水一段時間後，要透過進階教育以及在有控制的情況下複習潛水技巧的方式盡力提升技巧，并且參閱我的課程相關材料保持重要信息的更新和瞭解。
2. 熟悉我所要去的潛點。如果不熟悉，就要從備有相關知識的當地來源取得正式的潛點介紹。如果潛水狀況比我經歷的差，就延後潛水或是選擇另一處狀況較佳的備用潛點。只從事符合我的訓練和經驗範圍之內的潛水活動。不要從事洞穴潛水或技術潛水，除非受過專門的訓練。
3. 使用自己熟悉的完整、維修良好而可靠的裝備；在每次潛水前，要檢查裝備是否合身以及功能是否正常。在進行水肺潛水時，一定要穿戴浮力控制裝置，低壓控制充氣系統，氣體壓力錶和備用氣源以及潛水計劃/監視裝置（潛水電腦表，RDP/潛水計劃表 — 任何一種你已經被培訓過如何使用的）。拒絕讓不合格的潛水員使用我的裝備。
4. 仔細聽取潛水簡介和指示，并尊重督導潛水活動的人士所提出的建言。要知道在參加專長潛水活動、在其他地區潛水，以及6個月以上沒有潛水再回來潛水等情況，都需要作額外的訓練。
5. 每一次潛水全程都要嚴守潛伴制度。計劃潛水 — 包括失散時如何重聚的聯絡程序以及緊急程序 — 和潛伴之間。
6. 精通制定潛水計劃（使用潛水電腦表或潛水計劃表）。所作的潛水都要是免減壓潛水，并且預留安全餘地。具備在水底監測深度和時間的意識。最大潛水深度不超過我的訓練和經驗等級和範圍。上升速度不得超過每分鐘 18 公尺／60 英尺。做一位安全（SAFE）的潛水員 — 每次潛水都要緩慢上升（**S**lowly **A**scend **F**rom **E**very dive）。安全停留是另一個預防措施，通常在 5 公尺／15 英尺處停留 3 分鐘或以上。
7. 維持適當的浮力控制。在水面將配重調整成中性浮力，這時的浮力控制裝置內沒有空氣。在水底時要維持中性浮力。水面游泳和休息時要能浮起。將配重周邊的障礙清除，以便拆卸容易以及在潛水遭遇危難時可以建立浮力。佩戴至少一個水面信號裝置（比如信號棒，哨子，鏡子）。
8. 潛水時要正確呼吸。在使用壓縮空氣呼吸時，絕對不要憋住呼吸或是跳躍式的呼吸，在憋氣潛水時（浮潛）要避免過分過度換氣。在水中和水底時避免過度疲累，并且要在自己的極限內潛水。
9. 只要可行時，都要使用船隻、浮具、或是其他水面支撐台。
10. 知道并遵守當地潛水法律和規定，包括對於漁獵和潛水旗的法律規定。

**本人瞭解這些既定規範之重要性與目的。我明白這是為我的安全與健康著想，也明白潛水時如沒有遵守這些規範，可能導致自身的危險。**

參加者簽名

日期(日/月/年)

家長/監護人簽名(如適用)

日期(日/月/年)





# 潛水員醫療健康 | 參加者問卷

休閒水肺潛水和自由潛水都需要良好的身心健康。下面表格中列出的醫療健康狀況在潛水時可能會帶來危險和傷害，對於已經存在或可能存在這些醫療健康狀況的人，應該由醫生進行醫療評估檢查。本潛水員醫療健康參加者問卷包括最基本的資訊以協助判斷你是否需要就醫進行醫療評估檢查。如果關於你的潛水健康狀況你有疑慮但未在本問卷中提及，請在潛水前諮詢你的醫生。如果你感覺生病了，不要潛水。如果你認為你可能患有傳染性疾病，為了保護你自己和他人不要參加任何潛水培訓或潛水活動。本表格中提到的“潛水”包括休閒水肺潛水和自由潛水。本表格主要的設計目的是給新潛水員進行初始的醫療檢查，但是也同樣適用於潛水員進行進階教育培訓。為了你和其他同你一起潛水的人的安全，務必如實回答以下所有問題。

## 說明指引

**完成本問卷是參加休閒水肺潛水活動和自由潛水活動的先決條件。**

**女性請注意：**如果你已經懷孕，或計畫懷孕中，請不要潛水。

1. 我的肺部、呼吸系統、心臟和/或血液存在問題，影響了我的正常生理表現或精神表現。	是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 A	否 <input type="checkbox"/>
2. 我已經超過 45 歲。	是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 B	否 <input type="checkbox"/>
3. 我完成中等強度運動很吃力（比如連續在 14 分鐘內步行 1.6 公里/1英里或游泳200公尺/碼）或我在過去 12個月內因為身體狀況或健康原因不能參加普通的體能活動。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
4. 我的眼睛、耳朵、或鼻腔/鼻竇存在問題。	是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 C	否 <input type="checkbox"/>
5. 我在過去 12 個月做過手術，或既往手術給我留下了持續存在的後遺症。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
6. 我曾有過意識喪失、偏頭痛、癲癇、中風、嚴重頭部損傷，或患有持續性的神經損傷或疾病。	是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 D	否 <input type="checkbox"/>
7. 由於心理問題，人格障礙，恐慌發作，或毒品和酒精成癮，我現在正在接受治療（或在過去5年內因為上述問題接受過治療）；或我被確診有學習障礙或發育性殘障。	是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 E	否 <input type="checkbox"/>
8. 我有背部健康問題、疝氣、潰瘍或糖尿病。	是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 F	否 <input type="checkbox"/>
9. 我有胃腸問題，包括最近的腹瀉。	是 <input type="checkbox"/> 去到欄目 G	否 <input type="checkbox"/>
10. 我正在服用處方藥（不包含避孕藥或除甲氟喹以外的抗瘧疾藥物）	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

## 參加者簽名

**如果** 對於以上 10 個問題的回答都是「否」，則不需要進行醫療評估檢查。請你閱讀以下的參加者聲明，並簽字和填寫日期，以表示你同意。

**參加者聲明：**我如實地回答了所有問題，並確認我願意承擔因我回答問題不準確或沒有公開披露任何我現有或過去的健康狀況而導致的任何後果。

\_\_\_\_\_  
參加者簽名（如果未成年，須由參加者家長/監護人簽名）

\_\_\_\_\_  
日期（日/月/年）

\_\_\_\_\_  
參加者姓名（正楷）

\_\_\_\_\_  
生日（日/月/年）

\_\_\_\_\_  
教練姓名（正楷）

\_\_\_\_\_  
機構名稱（正楷）

\* 對於問題 3、5 或 10，**如果你的回答為是** 或 第二頁的任何問題回答為是，請閱讀以上的參加者聲明，並簽字和填寫日期以表示你已同意**然後攜帶本問卷的所有三頁（包括參加者問卷和醫生評估表）去見你的醫生進行醫療評估檢查。**參加潛水課程必須要有醫生的書面同意。

## 潛水員醫療健康 | 參加者問卷續

**欄目 A - 我有/我有過：**

胸部，心臟，心臟瓣膜手術，可植入的醫療設備(如心臟支架、起搏器、神經刺激器)，氣胸和/或慢性肺部疾病。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
哮喘，哮鳴，嚴重過敏，花粉症或呼吸道阻塞有在最近的12個月內且限制了我的身體活動/鍛煉。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
存在心臟有關問題或疾病，例如：心絞痛，勞累性胸痛，心力衰竭，浸入性肺水腫，心臟病發作或中風。或者因任意心臟疾病正在服用藥物。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在最近的12個月內有復發性支氣管炎和持續咳嗽症狀，或被診斷患有肺氣腫。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在過去30天內影響我的肺部、呼吸系統、心臟和/或血液的問題，損害了我的正常生理表現或精神表現。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

**欄目 B - 我已超過45歲並且：**

我目前有吸煙或者通過其方式攝入尼古丁。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
我的膽固醇水平高。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
我有高血壓。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
我有一個直系血緣親戚50歲之前突然死於心臟病或中風，或在50歲之前我的家族有心臟病史（包括心律失常，冠心病或原發性心肌病）。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

**欄目 C - 我有/我有過：**

在最近6個月內接受過鼻竇手術。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
耳部疾病或耳朵手術、聽力喪失、或身體平衡問題。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在最近的12個月內曾患有復發性鼻竇炎。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在最近的3個月內接受過眼部手術。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

**欄目 D - 我有/我有過：**

在過去5年內曾因頭部受傷而出現過意識喪失。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
持續性神經損傷或疾病	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在過去12個月內，曾患復發性偏頭痛或服用藥物預防復發性偏頭痛發生。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在過去的5年內發生過昏倒或暈厥（造成完全/部分意識喪失）。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
癲癇症、癲癇發作、或抽搐、或通過服用藥物預防上述疾病或症狀發生。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

**欄目 E - 我有/我有過：**

因行為健康、精神健康、或者心理問題需要進行醫學/精神病學治療。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
重度抑鬱症、自殺傾向、恐慌發作、不受控制的躁鬱症需要進行醫學/精神病學治療。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
被診斷患有精神疾病或學習/發育性障礙需要接受持續的治療或特殊照顧。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在過去5年內因毒品或酒精成癮接受過治療。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

**欄目 F - 我有/我有過：**

在過去6個月內曾因復發性背部問題限制了我的每日活動。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在過去12個月內接受過背部或脊柱手術。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在過去12個月內患有需要藥物控制或飲食控制的糖尿病，或妊娠糖尿病。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
未治癒的疝氣限制了我的身體活動。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在過去6個月內有過活躍或未治療的潰瘍、有問題的潰瘍傷口、或潰瘍手術。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>

**欄目 G - 我有過：**

造瘻手術且沒有得到允許進行游泳或其他身體活動的醫學許可。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在過去7天內有過需要醫學治療的脫水症狀。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在過去6個月內有過活躍的或未治療的腸胃潰瘍、或潰瘍手術。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
經常的燒心、反流、或胃食管反流症狀(GERD)。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
活躍的或無法控制的潰瘍性結腸炎或克羅恩(Crohn)病	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>
在過去12個月內接受過肥胖症治療手術。	是 <input type="checkbox"/> *	否 <input type="checkbox"/>