

### ANKIETA SPORTOWO–LEKARSKA

Data wypełnienia	Imię zawodnika	Nazwisko zawodnika	PESEL
Wiek	Telefon do rodziców	Adres zamieszkania	
<u>Rok rozpoczęcia uprawiania</u> ww sportu	Ile godzin w tygodniu trenuje	Nazwa klubu/ szkoły sportowej	Rodzaj dyscypliny sportowej
<b>1. WYWIAD RODZINNY</b>		<b>Czy w rodzinie (ojciec, matka, rodzeństwo, dzieci) zawodnika były</b>	
Choroba serca, kardiomiopatia, zespół Marfana, zaburzenia rytmu serca, wszczepiony rozrusznik/defibrylator serca	Tak	Nie	Jaka
Nagły zgon do 35 r.ż.	Tak	Nie	
Nadciśnienie tętnicze do 35 r.ż.	Tak	Nie	
Cukrzyca	Tak	Nie	
Astma oskrzelowa	Tak	Nie	
Padaczka/drgawki	Tak	Nie	
<b>2. WYWIAD O ZAWODNIKU</b>		<b>Czy u zawodnika były/są lub czy zawodnik miał/ma</b>	
Choroba w ostatnim miesiącu	Tak	Nie	Na co
<b>Leczony w porani specjalistycznej</b>	Tak	Nie	Jakiej, powód
<b>Przewlekłe stosowane leki</b>	Tak	Nie	Jakie, od kiedy
<b>Ograniczony udział w zajęciach sportowych</b>	Tak	Nie	Kiedy, powód
<b>Pobyt w szpitalu      Operacje</b>	Tak	Nie	Kiedy, powód
Wady/anomalie/inne <b>choroby serca</b> lub naczyń, w tym zapalenie serca, szmery serca, rozrusznik serca	Tak	Nie	Jakie
<b>Podwyższone ciśnienie krwi</b>	Tak	Nie	
<b>Cukrzyca</b>	Tak	Nie	
<b>Alergia/uczulenia:</b> skóry, przewodu pokarmowego, inne	Tak	Nie	Jaka i na co
Przewlekła choroba płuc/ <b>astma</b> oskrzelowa	Tak	Nie	
Częste infekcje (więcej niż 3/ rok)	Tak	Nie	
Częste (więcej niż 3/rok), intensywne <b>bóle głowy</b>	Tak	Nie	
Regularne <b>wymioty</b> , szczególnie poranne	Tak	Nie	
Znacząca <b>utrata wagi</b> lub jej przyrost w ciągu kilku ostatnich miesięcy	Tak	Nie	Ile kg i w ile miesięcy
Napady <b>duszności</b> , trudności w oddychaniu, <b>świszczący oddech</b> , intensywny <b>kaszel</b>	Tak	Nie	
<b>Drgawki, PADACZKA, wstrząśnienie mózgu</b>	Tak	Nie	
<b>Omdlenia</b> (ograniczenie świadomości), <b>utrata świadomości</b> (osoba nie pamięta, co się wydarzyło), <b>zawroty głowy</b>	Tak	Nie	Kiedy, ile razy
<b>Ból w klatce piersiowej</b> podczas wysiłku	Tak	Nie	
Kołatanie/szybkie bicie serca (powyżej 110/min szczególnie z objawami: ból w klatce piersiowej, omdlenie, zawroty głowy	Tak	Nie	
Urazy, <b>złamania, kontuzje</b> ,	Tak	Nie	Kiedy, jakie
Bóle pleców,	Tak	Nie	
Bóle kończyn dolnych, górnych			
Zaburzenia <b>psychiczne</b>	Tak	Nie	Jakie
Zaburzenia <b>wzroku</b> ,	Tak	Nie	Jakie
Stosuje okulary lub soczewki kontaktowe	Tak	Nie	

Zaburzenia słuchu, choroby uszu	Tak	Nie	Jakie
Uzależnienia, palenie papierosów	Tak	Nie	Jakie
Inne schorzenia, dolegliwości, problemy do omówienia z lekarzem	Tak	Nie	Jakie
<b>3 TYLKO DZIEWCZYNY/KOBIETY</b>			
Wiek pierwszej miesiączki			
Regularność miesiączek	Tak	Nie	Co ile dni
Problemy ginekologiczne/kobiece	Tak	Nie	Jakie

<b>OŚWIADCZENIE</b>	<p>1) Oświadczam, że zrozumiałem/am treść postawionych pytań i <b>odpowiedziałem/am</b> na nie <b>wyczerpująco</b> i prawdziwie zgodnie z moją najlepszą wiedzą.</p> <p>2) <b>Wyrażam zgodę na wykonanie badań</b> zawodnika niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia.</p>
Podpis zawodnika powyżej 16 r.ż. Data	Podpis <b>rodzica lub opiekuna prawnego zawodnika do 18 r.ż.</b> Data
<b>OŚWIADCZENIE</b>	<p>1) <b>Wyrażam zgodę na wykonanie badań</b> zawodnika niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia przy <b>obecności trenera lub opiekuna faktycznego</b></p> <p>2) <b>Upoważniam trenera lub opiekuna faktycznego</b> do uzyskania informacji o stanie zdrowia zawodnika</p>
Podpis zawodnika powyżej 16 r.ż. Data	Podpis <b>rodzica lub opiekuna prawnego zawodnika do 18 r.ż.</b> Data

<b>UZUPEŁNIA PIELĘGNIARKA LUB LEKARZ</b>					
<b>POMIARY</b>				Ostrość wzroku	
Waga, kg		Tętno		Bez kor.	Z kor.
Wzrost, cm		EKG		<b>OP</b>	
BMI				<b>OL</b>	
<b>BADANIA</b>		<b>KONSULTACJE, INNE WYNIKI</b>			
Morfologia	Mocz ogólny	Jakie			
OB	Glukoza	<b>W załączeniu</b>			

<b>UZUPEŁNIA LEKARZ</b>	Istotne odchylenia w badaniu fizykalnym	<u>brak</u>	Jakie:
	Płuca, serce, brzuch, j. ustna, uszy, postawa	<u>pr</u>	Odchylenia:
	Dodatkowe zalecenia	<u>brak</u>	Jakie:
	Ograniczenia	<u>brak</u>	Jakie:
	Badanie kontrolne	<u>brak</u>	Szczegóły: konsultacje termin
<b>Orzeczenie</b>	<b>Zdolny do</b>	<b>Niezdolny do</b>	<b>Piecątka i podpis</b>