

ФОРМА СБОРА АНАМНЕЗА

(Примечание: эта форма заполняется пациентом и родителем до посещения врача. Врачу следует сохранить форму в медицинской документации.)

Дата обследования: _____

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Пол: _____ Возраст: _____ Класс: _____ Школа: _____ Вид (-ы) спорта: _____

Лекарства и аллергии: перечисли все рецептурные и безрецептурные лекарства и добавки (пищевые и на основе трав), которые ты принимаешь.

У тебя есть аллергия? Да Нет Если да, укажи вид аллергии ниже.

Лекарства Пыльца Пища Укусы насекомых

Поясни утвердительные ответы ниже. Если не знаешь ответа на вопрос, обведи его номер.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ	ДА	НЕТ
1. Когда ты проходил(а) полный медицинский осмотр в прошлый раз? Дата: Месяц/год _____ / _____ (желательно раз в 12 месяцев)		
2. Ограничивал ли врач или другой медработник твои занятия спортом по какой-либо причине?		
3. Есть ли у тебя хронические заболевания? Если да, перечисли их ниже.		
4. Тебе делали хирургические операции?		
ВОПРОСЫ О ЗДОРОВЬЕ СЕРДЦА	ДА	НЕТ
5. Бывали ли у тебя обмороки или предобморочные состояния ВО ВРЕМЯ или ПОСЛЕ физических нагрузок?		
6. Бывает ли у тебя дискомфорт, боль, стесненность или давление в груди во время физических нагрузок?		
7. Бывает ли у тебя резкое учащение или «замирание» пульса (аритмия) во время физических нагрузок?		
8. Врач когда-нибудь говорил тебе о том, что у тебя проблемы с сердцем? Если да, выбери все подходящие варианты: ___ высокое давление ___ шум в сердце ___ высокий холестерин ___ инфекц. заболевание сердца ___ болезнь Kawasaki другое: _____		
9. Врач когда-нибудь направлял тебя на обследование сердца? (Например, ЭКГ или эхокардиография.)		
10. Бывают ли у тебя головокружения или неожиданно сильная одышка во время физических нагрузок, или, может быть, ты устаешь быстрее одноклассников?		
11. У тебя когда-нибудь бывали судороги?		
ВОПРОСЫ О ЗДОРОВЬЕ СЕРДЦА В ТВОЕЙ СЕМЬЕ	ДА	НЕТ
12. Бывали ли в твоей семье случаи смерти из-за проблем с сердцем или случаи внезапной смерти в возрасте до 50 лет (включая утопление, необъяснимые ДТП или синдром внезапной детской смерти)?		
13. Есть ли у кого-то из твоих родных кардиостимулятор, имплантированный дефибриллятор либо такие заболевания, как гипертрофическая кардиомиопатия, синдром Марфана, аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка, синдромы удлиненного и укороченного интервала QT, синдром Бругада или катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия?		

ВОПРОСЫ О КОСТЯХ И СУСТАВАХ	ДА	НЕТ
14. У тебя когда-нибудь были травмы костей, мышц, связок или сухожилий, из-за которых тебе пришлось пропустить занятия, игру или мероприятие?		
15. Тебя беспокоят какие-либо проблемы с костями, мышцами или суставами?		
МЕДИЦИНСКИЕ ВОПРОСЫ	ДА	НЕТ
16. Бывают ли у тебя приступы кашля, свистящего дыхания или одышки во время или после физ. нагрузок?		
17. Тебе приходилось пользоваться ингалятором или принимать лекарства от астмы?		
18. Тебе удаляли почку, глаз, яичко (у юношей), селезенку или какой-либо другой орган?		
19. У тебя есть сыпь, пролежни или другие кожные проблемы, например герпес или инфекция МРЗС?		
20. У тебя когда-нибудь были травмы головы или сотрясения мозга?		
21. У тебя когда-нибудь были онемение, пощипывание, слабость в руках или ногах, невозможность двигать ими после удара или падения?		
22. Бывало ли тебе плохо после физ. нагрузок на жаре?		
23. Есть ли у тебя или у кого-то из твоих родных серповидноклеточная анемия или ее признак?		
24. У тебя есть проблемы с глазами или зрением?		
25. Беспокоит ли тебя твой вес?		
26. Пытаешься ли ты набрать или сбросить вес?		
27. Соблюдаешь ли ты особую диету, или избегаешь ли определенной пищи?		
28. У тебя когда-нибудь были расстройства пищевого поведения?		
29. У тебя есть какие-нибудь жалобы, которые тебе хотелось бы сегодня обсудить?		
ТОЛЬКО ДЛЯ ДЕВУШЕК	ДА	НЕТ
30. У тебя уже начались месячные?		
31. В каком возрасте у тебя была первая менструация? _____		
32. Сколько менструаций у тебя было за последние 12 месяцев? _____		

Поясни утвердительные ответы здесь: _____

Настоящим я подтверждаю, что, насколько мне известно, мои ответы на вышеуказанные вопросы являются полными и достоверными.

Подпись спортсмена _____ Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

Раздел 1(3) положения ORS 336.479 Свода законов штата Орегон с изменениями и дополнениями: «Школьный округ должен требовать от учащихся 7-12 классов, посещающих внеклассные спортивные занятия, проходить медицинский осмотр каждые два года». Раздел 1(5) «Любой медицинский осмотр, требуемый по данному разделу, должен проводиться (а) врачом с неограниченной лицензией на ведение медицинской практики; (б) лицензированным врачом-натуропатом; (в) лицензированным помощником врача; (г) сертифицированной практикующей медсестрой или (д) лицензированным врачом-хиропрактиком, который прошел клиническое обучение и имеет опыт в выявлении сердечно-легочных заболеваний и пороков».

Форма подготовлена на основе данных ©2010 Американской академии семейных врачей (American Academy of Family Physicians), Американской академии педиатрии (American Academy of Pediatrics), Американской коллегии спортивной медицины (American College of Sports Medicine), Американского медицинского общества спортивной медицины (American Medical Society for Sports Medicine), Американского ортопедического общества (American Orthopaedic Society).

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Date of Exam: _____

Name: _____

Date of birth: _____

Sex: _____ Age: _____ Grade: _____ School: _____

Sport(s): _____

EXAMINATION		
Height:	Weight:	BMI:
BP: / (/)	Pulse:	Vision R 20/ L 20/ Corrected <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance		
Eyes/ears/nose/throat		
Lymph nodes		
Heart •Murmurs (auscultation standing, supine, with and without Valsalva)		
Pulses		
Lungs		
Abdomen		
Skin		
Neurologic		
MUSCULOSKELETAL		
Neck		
Back		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		

Cleared for all sports without restriction

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for:

Not cleared

Pending further evaluation

For any sports

For certain sports: _____

Reason: _____

Recommendations: _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the provider may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians). This form is an exact duplicate of the current form required by the State Board of Education containing the same history questions and physical examination findings. I have also reviewed the "Suggested Exam Protocol".

Name of provider (print/type): _____

Date: _____

Address: _____

Phone: _____

Signature of provider: _____

ORS 336.479, Section 1 (3) "A school district shall require students who continue to participate in extracurricular sports in grades 7 through 12 to have a physical examination once every two years." Section 1(5) "Any physical examination required by this section shall be conducted by a (a) physician possessing an unrestricted license to practice medicine; (b) licensed naturopathic physician; (c) licensed physician assistant; (d) certified nurse practitioner; or a (e) licensed chiropractic physician who has clinical training and experience in detecting cardiopulmonary diseases and defects."

Form adapted from ©2010 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine.

MUSCULOSKELETAL

Have patient:

1. Stand facing examiner
2. Look at ceiling, floor, over shoulders, touch ears to shoulders
3. Shrug shoulders (against resistance)
4. Abduct shoulders 90 degrees, hold against resistance
5. Externally rotate arms fully
6. Flex and extend elbows
7. Arms at sides, elbows 90 degrees flexed, pronate/supinate wrists
8. Spread fingers, make fist
9. Contract quadriceps, relax quadriceps
10. "Duck walk" 4 steps away from examiner
11. Stand with back to examiner
12. Knees straight, touch toes
13. Rise up on heels, then toes

To check for:

- AC joints, general habitus
- Cervical spine motion
- Trapezius strength
- Deltoid strength
- Shoulder motion
- Elbow motion
- Elbow and wrist motion
- Hand and finger motion, deformities
- Symmetry and knee/ankle effusion
- Hip, knee and ankle motion
- Shoulder symmetry, scoliosis
- Scoliosis, hip motion, hamstrings
- Calf symmetry, leg strength

MURMUR EVALUATION – Auscultation should be performed sitting, supine and squatting in a quiet room using the diaphragm and bell of a stethoscope.

Auscultation finding of:

1. S1 heard easily; not holosystolic, soft, low-pitched
2. Normal S2
3. No ejection or mid-systolic click
4. Continuous diastolic murmur absent
5. No early diastolic murmur
6. Normal femoral pulses
(Equivalent to brachial pulses in strength and arrival)

Rules out:

- VSD and mitral regurgitation
- Tetralogy, ASD and pulmonary hypertension
- Aortic stenosis and pulmonary stenosis
- Patent ductus arteriosus
- Aortic insufficiency
- Coarctation

MARFAN'S SCREEN – Screen all men over 6'0" and all women over 5'10" in height with echocardiogram and slit lamp exam when any two of the following are found:

1. Family history of Marfan's syndrome (this finding alone should prompt further investigation)
2. Cardiac murmur or mid-systolic click
3. Kyphoscoliosis
4. Anterior thoracic deformity
5. Arm span greater than height
6. Upper to lower body ratio more than 1 standard deviation below mean
7. Myopia
8. Ectopic lens

CONCUSSION -- When can an athlete return to play after a concussion?

After suffering a concussion, no athlete should return to play or practice on the same day. Previously, athletes were allowed to return to play if their symptoms resolved within 15 minutes of the injury. Studies have shown that the young brain does not recover that quickly, thus the Oregon Legislature has established a rule that no player shall return to play following a concussion on that same day and the athlete must be cleared by an appropriate health care professional before they are allowed to return to play or practice.

Once an athlete is cleared to return to play, they should proceed with activity in a stepwise fashion to allow their brain to readjust to exertion. The athlete may complete a new step each day. The return to play schedule should proceed as below following medical clearance:

- Step 1: Light exercise, including walking or riding an exercise bike. No weightlifting.
- Step 2: Running in the gym or on the field. No helmet or other equipment.
- Step 3: Non-contact training drills in full equipment. Weight training can begin. Step 4: Full contact practice or training.
- Step 5: Game play.

If symptoms occur at any step, the athlete should cease activity and be re-evaluated by a health care provider.

581-021-0041 Form and Protocol for Sports Physical Examinations

1. The State Board of Education adopts by reference the form entitled "School Sports Pre-Participation Examination" dated May, 2017 that must be used to document the physical examination and sets out the protocol for conducting the physical examination. The form may be used in either a hard copy or electronic format. Medical providers may use their electronic health records systems to produce the electronic form. Medical providers conducting physicals of students who participate in extracurricular activities in grades 7 through 12 must use the form.
2. The form must contain the following statement above the medical provider's signature line:
This form is an exact duplicate of the current form required by the State Board of Education containing the same history questions and physical examination findings. I have also reviewed the "Suggested Exam Protocol".
3. Medical providers conducting physicals on or after April 30, 2011 and prior to May 1, 2017 must use the form dated May 2010.
4. Medical providers conducting physicals on or after May 1, 2017 and prior to May 1, 2018 may use either the form dated May 2010 or the form dated May, 2017.
5. Medical providers conducting physicals on or after May 1, 2018 must use the form dated May, 2017.

NOTE: The form can be found on the Oregon School Activities Association (OSAA) website: <http://www.osaa.org>

Stat. Auth.: ORS 326.051 Stats.

Implemented: ORS 336.479