

MẪU ĐƠN VỀ TIỀN SỬ

(Lưu ý: Mẫu đơn này được điền bởi bệnh nhân và phụ huynh trước khi gặp nhà cung cấp. Nhà cung cấp nên giữ mẫu đơn này trong hồ sơ y tế.)

Ngày Kiểm Tra: _____

Tên: _____

Ngày sinh: _____

Giới tính: _____ Tuổi: _____ Lớp: _____ Trường: _____

(Các) môn thể thao: _____

Thuốc và Dị Ứng: Vui lòng liệt kê tất cả các thuốc có toa và không toa và thuốc bổ (thảo dược và dinh dưỡng) mà bạn hiện đang dùng.

Bạn có bị dị ứng không? Có Không Nếu có, vui lòng nêu cụ thể loại dị ứng dưới đây.

Thuốc Phấn Hoa Thực Phẩm Côn Trùng Chích

Giải thích cho câu trả lời “Có” dưới đây. Khoanh tròn các câu hỏi mà bạn không biết câu trả lời.

CÂU HỎI TỔNG QUÁT		CÓ	KHÔNG
1. Lần kiểm tra hoặc “khám” đã hoàn tất gần đây nhất của học sinh là khi nào? Ngày: Tháng/ Năm ____ / ____ (Lý tưởng nhất là mỗi 12 tháng)			
		CÓ	KHÔNG
2. Bác sĩ hoặc chuyên gia sức khỏe khác có đã từng không cho hoặc giới hạn bạn tham gia thể thao vì bất cứ lý do gì không?			
		CÓ	KHÔNG
3. Bạn có bất kỳ bệnh trạng nào đang xảy ra không? Nếu có, vui lòng nêu rõ bên dưới.			
		CÓ	KHÔNG
4. Bạn đã từng trải qua phẫu thuật chưa?			
		CÓ	KHÔNG
CÁC CÂU HỎI VỀ SỨC KHỎE TIM MẠCH CHO BẠN		CÓ	KHÔNG
5. Bạn có từng ngất xỉu hoặc sắp ngất xỉu TRONG hay SAU khi tập thể dục không?			
		CÓ	KHÔNG
6. Bạn có từng bị khó chịu, đau đớn, thắt chặt hoặc áp lực lên ngực bạn trong khi tập thể dục không?			
		CÓ	KHÔNG
7. Tim của bạn có từng đập rất nhanh hay mất nhịp (nhịp không đều) trong khi tập thể dục không?			
		CÓ	KHÔNG
8. Bác sĩ có từng nói cho bạn biết rằng bạn có vấn đề về tim không? Nếu có, đánh dấu tất cả cái nào áp dụng: <input type="checkbox"/> Cao huyết áp <input type="checkbox"/> Tiếng thổi tim <input type="checkbox"/> Cao mỡ <input type="checkbox"/> Nhiễm trùng tim <input type="checkbox"/> Bệnh Kawasaki <input type="checkbox"/> Khác: _____			
		CÓ	KHÔNG
9. Bác sĩ có từng yêu cầu một cuộc kiểm tra tim cho bạn chưa? (Ví dụ, điện tâm đồ ECG/EKG, điện tâm đồ âm thanh)			
		CÓ	KHÔNG
10. Bạn có bị nhẹ đầu hoặc cảm thấy hụt hơi hơn so với mong đợi, hoặc mệt mỏi nhanh hơn so với bạn bè hoặc bạn cùng lớp trong khi tập thể dục không?			
		CÓ	KHÔNG
11. Bạn có từng bị động kinh chưa?			
		CÓ	KHÔNG
CÂU HỎI VỀ SỨC KHỎE TIM CHO GIA ĐÌNH BẠN		CÓ	KHÔNG
12. Có thành viên nào trong gia đình hoặc thân nhân đã mất vì bệnh tim hoặc tử vong bất thình lình không ngờ, trước 50 tuổi (bao gồm chết đuối, tai nạn xe hơi không thể lý giải được hoặc hội chứng tử vong bất thình lình ở trẻ sơ sinh) không?			
		CÓ	KHÔNG
13. Có ai trong gia đình bạn có máy điều hòa nhịp tim, máy khử rung tim được cấy vào cơ thể hoặc các vấn đề về tim như bệnh cơ tim phì đại, hội chứng Marfan, bệnh cơ tim thất phải sinh loạn nhịp, hội chứng QT dài, hội chứng QT ngắn, hội chứng Brugada hoặc rối loạn tăng nhịp tim ở tâm thất đã dạng liên quan đến catecholamine không?			
		CÓ	KHÔNG

CÂU HỎI VỀ XƯƠNG VÀ KHỚP	CÓ	KHÔNG
14. Bạn có từng bị chấn thương xương, cơ, dây chằng hoặc gân mà làm cho bạn lỡ một buổi tập, thi đấu hay sự kiện không?		
15. Bạn có vấn đề về xương, cơ hoặc khớp làm phiền bạn không?		
CÂU HỎI Y TẾ	CÓ	KHÔNG
16. Bạn có ho, thở khò khè hay khó thở trong hoặc sau khi tập thể dục không?		
17. Bạn có từng sử dụng ống hít hoặc thuốc trị bệnh suyễn không?		
18. Bạn có mất một quả thận, một mắt, một hòn đá (ở nam giới), lá lách hoặc cơ quan nào khác không?		
19. Bạn có bị mẫn đỏ, tổn thương da do áp lực, hoặc những vấn đề khác về da chẳng hạn như bệnh mụn giộp hoặc nhiễm trùng da MRSA không?		
20. Bạn có từng bị chấn thương đầu hoặc chấn thương sọ não không?		
21. Bạn có từng bị té, ngã ran hoặc yếu sức, hoặc không thể cử động cánh tay hoặc chân sau khi bị tông trúng hoặc té không?		
22. Bạn có từng trở bệnh trong khi tập thể dục trong điều kiện nóng nực không?		
23. Bạn hoặc ai trong gia đình bạn có đặc điểm hoặc bệnh hồng cầu hình liềm không?		
24. Bạn có hoặc từng có bất kỳ vấn đề nào về mắt hoặc thị lực không?		
25. Bạn có lo lắng về cân nặng của mình không?		
26. Bạn có cố gắng hoặc có ai đề nghị bạn tăng hoặc giảm cân không?		
27. Bạn có theo chế độ ăn kiêng đặc biệt hoặc bạn có tránh một số loại thực phẩm không?		
28. Bạn có từng bị rối loạn ăn uống không?		
29. Bạn có mối lo ngại nào muốn thảo luận hôm nay không?		
CHỈ DÀNH CHO NỮ	CÓ	KHÔNG
30. Bạn đã từng có kinh nguyệt chưa?		
31. Bạn có kinh nguyệt lần đầu vào lúc mấy tuổi? _____		
32. Bạn có kinh nguyệt bao nhiêu lần trong 12 tháng trước? _____		

Giải thích câu trả lời “có” ở đây: _____

Nhân đây, tôi nói rằng, theo sự hiểu biết nhất của tôi, các câu trả lời của tôi cho các câu hỏi ở trên là đầy đủ và chính xác.

Chữ ký vận động viên _____ Chữ ký phụ huynh/người giám hộ _____ Ngày _____

ORS 336.479, Phần 1 (3) “Khu học chánh yêu cầu học sinh tiếp tục tham gia các môn thể thao ngoại khóa lớp 7 đến lớp 12 được kiểm tra thể chất một lần mỗi hai năm.” Phần 1(5) “Bất kỳ cuộc kiểm tra thể chất nào được yêu cầu bởi phần này sẽ được tiến hành bởi (a) bác sĩ có giấy phép không giới hạn để thực hành y học; (b) bác sĩ được cấp phép về y học tự nhiên; (c) y sĩ được cấp phép; (d) y tá cấp được chứng nhận; hoặc (e) bác sĩ chính hình được cấp phép là người được đào tạo lâm sàng và có kinh nghiệm trong việc phát hiện bệnh và kiểm soát về tim phổi.”

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