

ФОРМА ДЛЯ СБОРА АНАМНЕЗА ЖИЗНИ

Дата осмотра _____

Имя	Дата рождения
Иванов Иван Иванович	1985-05-15
Петров Петр Петрович	1990-08-22
Сидоров Сергей Сергеевич	1978-03-10
Климов Алексей Александрович	1992-11-05
Васильев Владимир Владимирович	1988-07-18
Попов Павел Павлович	1980-02-28
Морозов Михаил Михайлович	1995-09-12
Кузнецов Кирилл Кириллович	1983-04-01
Березин Борис Борисович	1975-12-20
Воробьев Виталий Витальевич	1991-06-08
Смирнов Станислав Станиславович	1987-10-25
Михайлов Максим Максимович	1993-01-14
Александров Александр Александрович	1982-09-03
Зайцев Захар Захарович	1996-04-27
Соловьев Степан Степанович	1979-11-19
Тихонов Тимофей Тимофеевич	1994-07-06
Варламов Валерий Валерьевич	1986-03-24
Скворцов Скотт Скоттович	1998-12-02
Мельников Матвей Матвеевич	1981-08-17
Антонов Антон Антонович	1997-05-09
Борисов Борис Борисович	1977-02-11
Волков Владислав Владиславович	1992-10-04
Савинков Савелий Савелиевич	1984-06-20
Мухоморов Мухомор Мухоморович	1999-03-07
Авдеев Авдей Авдеевич	1976-11-23
Богданов Богдан Богданович	1991-09-15
Воронцов Ворон Вронцович	1989-04-29
Свиридов Свирид Свиридович	1985-12-16
Миронов Мирон Миронович	1993-07-01
Алексеев Алексей Алексеевич	1980-01-26
Зинин Зина Зининич	1996-10-13
Соболев Софий Софиевич	1978-05-05
Ткачев Ткач Ткачевич	1994-02-18
Воронин Ворон Воронич	1987-11-02
Степанов Степан Степанович	1992-08-25
Авдеев Авдей Авдеевич	1975-03-10
Богданов Богдан Богданович	1991-06-08
Воронцов Ворон Вронцович	1989-04-29
Свиридов Свирид Свиридович	1985-12-16
Миронов Мирон Миронович	1993-07-01
Алексеев Алексей Алексеевич	1980-01-26
Зинин Зина Зининич	1996-10-13
Соболев Софий Софиевич	1978-05-05
Ткачев Ткач Ткачевич	1994-02-18
Воронин Ворон Воронич	1987-11-02
Степанов Степан Степанович	1992-08-25
Авдеев Авдей Авдеевич	1975-03-10
Богданов Богдан Богданович	1991-06-08
Воронцов Ворон Вронцович	1989-04-29
Свиридов Свирид Свиридович	1985-12-16
Миронов Мирон Миронович	1993-07-01
Алексеев Алексей Алексеевич	1980-01-26
Зинин Зина Зининич	1996-10-13
Соболев Софий Софиевич	1978-05-05
Ткачев Ткач Ткачевич	1994-02-18
Воронин Ворон Воронич	1987-11-02
Степанов Степан Степанович	1992-08-25
Авдеев Авдей Авдеевич	1975-03-10
Богданов Богдан Богданович	1991-06-08
Воронцов Ворон Вронцович	1989-04-29
Свиридов Свирид Свиридович	1985-12-16
Миронов Мирон Миронович	1993-07-01
Алексеев Алексей Алексеевич	1980-01-26
Зинин Зина Зининич	1996-10-13
Соболев Софий Софиевич	1978-05-05
Ткачев Ткач Ткачевич	1994-02-18
Воронин Ворон Воронич	1987-11-02
Степанов Степан Степанович	1992-08-25
Авдеев Авдей Авдеевич	1975-03-10
Богданов Богдан Богданович	1991-06-08
Воронцов Ворон Вронцович	1989-04-29
Свиридов Свирид Свиридович	1985-12-16
Миронов Мирон Миронович	1993-07-01
Алексеев Алексей Алексеевич	1980-01-26
Зинин Зина Зининич	1996-10-13
Соболев Софий Софиевич	1978-05-05
Ткачев Ткач Ткачевич	1994-02-18
Воронин Ворон Воронич	1987-11-02
Степанов Степан Степанович	1992-08-25
Авдеев Авдей Авдеевич	1975-03-10
Богданов Богдан Богданович	1991-06-08
Воронцов Ворон Вронцович	1989-04-29
Свиридов Свирид Свиридович	1985-12-16
Миронов Мирон Миронович	1993-07-01
Алексеев Алексей Алексеевич	1980-01-26
Зинин Зина Зининич	1996-10-13
Соболев Софий Софиевич	1978-05-05
Ткачев Ткач Ткачевич	1994-02-18
Воронин Ворон Воронич	1987-11-02
Степанов Степан Степанович	1992-08-25
Авдеев Авдей Авдеевич	1975-03-10
Богданов Богдан Богданович	1991-06-08
Воронцов Ворон Вронцович	1989-04-29
Свиридов Свирид Свиридович	1985-12-16
Миронов Мирон Миронович	1993-07-01
Алексеев Алексей Алексеевич	1980-01-26
Зинин Зина Зининич	1996-10-13
Соболев Софий Софиевич	1978-05-05
Ткачев Ткач Ткачевич	1994-02-18
Воронин Ворон Воронич	1987-11-02
Степанов Степан Степанович	1992-08-25
Авдеев Авдей Авдеевич	1975-03-10
Богданов Богдан Богданович	1991-06-08
Воронцов Ворон Вронцович	1989-04-29
Свиридов Свирид Свиридович	1985-12-16
Миронов Мирон Миронович	1

Пол	Возраст	Класс	Школа	Виды спорта
-----	---------	-------	-------	-------------

Есть ли у Вас какие-либо аллергии? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите ниже конкретные виды аллергии.

☐ На лекарственные препараты ☐ На пыльцу ☐ На еду ☐ На укусы насекомых

Объясните ответы «Да» ниже. Обведите вопросы, на которые Вы не знаете ответа.

[illegible]

Настоящим я подтверждаю, что, насколько я могу судить, мои ответы на приведенные выше вопросы являются полными и правильными.

Подпись спортсмена _____ Подпись родителя или опекуна _____ Дата _____

■ **Предварительный медицинский осмотр**
СПОРТСМЕН С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ:
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ФОРМА ДЛЯ СБОРА АНАМНЕЗА ЖИЗНИ

Дата осмотра _____

Имя _____ Дата рождения _____

Пол _____ Возраст _____ Класс _____ Школа _____ Виды спорта _____

1. Тип ограниченной возможности		
2. Дата события, приведшего к ограниченной возможности		
3. Классификация (если есть)		
4. Причина ограниченной возможности (врожденное, вследствие заболевания, несчастного случая или травмы, другое)		
5. Укажите интересующие Вас виды спорта		
	Да	Нет
6. Пользуетесь ли Вы регулярно бандажом, вспомогательным средством или протезом?		
7. Пользуетесь ли Вы специальным бандажом или вспомогательным средством для занятий спортом?		
8. Есть ли у Вас сыпь, пролежни или какие-либо другие проблемы с кожей?		
9. Есть ли у Вас проблемы со слухом? Пользуетесь ли Вы слуховым аппаратом?		
10. Есть ли у Вас нарушения зрения?		
11. Пользуетесь ли Вы специальными приспособлениями для работы кишечника или мочевого пузыря?		
12. Ощущаете ли Вы жжение или дискомфорт при мочеиспускании?		
13. Есть ли у Вас автономная дисрефлексия?		
14. Вам когда-либо диагностировали болезнь, вызванную перегревом (гипертермию) или переохлаждением (гипотермию)?		
15. Наблюдается ли у Вас спастичность мышц?		
16. Случаются ли у Вас частые приступы, которые не контролируются медицинскими препаратами?		

Для ответов «Да» приведите объяснения здесь

Укажите, было ли у Вас когда-либо что-то из нижеперечисленного.

	Да	Нет
Атлanto-аксиальная нестабильность		
Рентгенологическое исследование в связи с атлanto-аксиальной нестабильностью		
Вывихи суставов (больше одного)		
Склонность к кровотечениям		
Увеличенная селезенка		
Гепатит		
Остеопения или остеопороз		
Трудности с контролем кишечника		
Трудности с контролем мочевого пузыря		
Онемение или покалывание в руках или кистях		
Онемение или покалывание в ногах или ступнях		
Слабость в руках или кистях		
Слабость в ногах или ступнях		
Недавние изменения в координации		
Недавние изменения в способности ходить		
Расщепление позвоночника		
Аллергия на латекс		

Для ответов «Да» приведите объяснения здесь

Настоящим я подтверждаю, что, насколько я могу судить, мои ответы на приведенные выше вопросы являются полными и правильными.

Подпись спортсмена _____ Подпись родителя или опекуна _____ Дата _____

■ Предварительный медицинский осмотр

ФОРМА МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

Имя _____

Дата рождения _____

НАПОМИНАНИЯ ДЛЯ ВРАЧА

- При необходимости задайте дополнительные вопросы, затрагивающие щекотливые темы.
 - Испытываете ли Вы изнеможение или повышенный стресс?
 - Бывают ли моменты, когда Вы испытываете грусть, безнадежность, депрессию, тревогу?
 - Ощущаете ли Вы себя в безопасности дома или в месте проживания?
 - Вы когда-нибудь пробовали сигареты, жевательный табак, нюхательный табак или снюс?
 - Употребляли ли Вы жевательный табак, нюхательный табак или снюс за последние 30 дней?
 - Употребляете ли Вы алкогольные напитки и принимаете ли какие-либо наркотики?
 - Вы когда-либо принимали анаболические стероиды или любые другие функциональные добавки?
 - Вы когда-либо принимали добавки для набора или снижения веса либо улучшения физических способностей?
 - Пользуетесь ли Вы ремнем безопасности, шлемом, презервативами?
- При необходимости пересмотрите вопросы о симптомах сердечно-сосудистых нарушений (вопросы 5–14).

ОСМОТР		
Рост	Вес	☐ М ☐ Ж
Кровяное давление	/ (/)	Пульс Зрение П 20/ L 20/ Коррекция ☐ Да ☐ Нет
МЕДИЦИНСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	НОРМА	ОБНАРУЖЕННЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ
Внешний вид Синдром Марфана (кифосколиоз, высокое куполообразное небо, воронкообразная деформация грудной клетки, арахнодактилия, размах рук больше роста, гиперэластичность, близорукость, пролапс митрального клапана (ПМК), недостаточность аортального клапана)		
Глаза, уши, горло, нос - Зрачки равные - Слух		
Лимфатические узлы		
Сердце ^a - Шумы (аускультация стоя, лежа на спине, +/- метод Вальсальвы) - Определение верхушечного сердечного толчка (PMI)		
Пульсы Одновременный пульс на бедренной и лучевой артериях		
Легкие		
Живот		
Мочеполовая система (только для мужчин) ^b		
Кожа Простой герпес, поражения, указывающие на МРЗС, дерматомикоз гладкой кожи		
Неврологический статус ^c		
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ		
Шея		
Спина		
Плечи, руки		
Локти, предплечья		
Запястья, кисти, пальцы		
Тазобедренные суставы, бедра		
Колени		
Ноги, лодыжки		
Ступни, пальцы на ногах		
Функциональные упражнения Утиная ходьба, прыжки на одной ноге		

^aПри необходимости проведите ЭКГ, эхокардиографию и направьте к кардиологу для анализа прошлых кардиологических отклонений или для обследования.

^bЕсли визит проходит в приватной обстановке, при необходимости проведите осмотр мочеполовой системы. Желательно присутствие третьего лица.

^cПри наличии в анамнезе жизни серьезных сотрясений мозга проведите оценку когнитивных способностей или начальное нейропсихиатрическое исследование.

☐ Допускается к занятиям любыми видами спорта без ограничений

☐ Допускается к занятиям любыми видами спорта без ограничений, но рекомендуется дальнейшее обследование или лечение в связи с _____

☐ Не допускается

☐ Ожидается дальнейшее обследование

☐ К занятиям любыми видами спорта

☐ К занятиям определенными видами спорта _____

Причина _____

Рекомендации _____

Мной осмотрен вышеуказанный учащийся и проведен предварительный медицинский осмотр. У спортсмена не обнаружено явных клинических противопоказаний к занятию указанными выше видами спорта. Медицинский осмотр задокументирован, и копия сохранена у меня в кабинете и может быть предоставлена школе по просьбе родителей. В случае возникновения расстройств здоровья после выдачи спортсмену допуска к занятиям врач может отменить допуск до устранения проблемы и объяснения потенциальных последствий спортсмену (и родителям или опекунам).

Имя врача (печатными буквами) _____ Дата _____

Адрес _____ Телефон _____

Подпись врача _____, дипломированный врач или врач-остеопат

■ Предварительный медицинский осмотр СПРАВКА О ДОПУСКЕ

Имя _____ Пол ☐ М ☐ Ж Возраст _____ Дата рождения _____

☐ Допускается к занятиям любыми видами спорта без ограничений

☐ Допускается к занятиям любыми видами спорта без ограничений, но рекомендуется дальнейшее обследование или лечение в связи с _____

☐ Не допускается

☐ Ожидается дальнейшее обследование

☐ К занятиям любыми видами спорта

☐ К занятиям определенными видами спорта _____

Причина _____

Рекомендации _____

Мной осмотрен вышеуказанный учащийся и проведен предварительный медицинский осмотр. У спортсмена не обнаружено явных клинических противопоказаний к занятию указанными выше видами спорта. Медицинский осмотр задокументирован, и копия сохранена у меня в кабинете и может быть предоставлена школе по просьбе родителей. В случае возникновения расстройств здоровья после выдачи спортсмену допуска к занятиям врач может отменить допуск до устранения проблемы и объяснения потенциальных последствий спортсмену (и родителям или опекунам).

Имя врача (печатными буквами) _____ Дата _____

Адрес _____ Телефон _____

Подпись врача _____, дипломированный врач или врач-остеопат

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

Аллергии _____

Другая информация _____
