

Медична оцінка перед участю в змаганнях

ВІДОМОСТІ ПРО ПЕРЕНЕСЕНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

(Примітка. Цю анкету заповнюють пацієнт та один із його батьків до консультації з лікарем. Лікар зберігає цю форму в медичній картці.)

Дата обстеження _____
Прізвище та ім'я _____ Дата народження _____
Стать _____ Вік _____ Клас _____ Школа _____ Види спорту _____

Ліки та алергії. Наведіть перелік усіх прописаних і безрецептурних ліків та добавок (трав'яних або харчових), що Ви зараз приймаєте.

У Вас є будь-які алергії? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, укажіть нижче, які саме алергії.
☐ На ліки ☐ На пилок ☐ На продукти харчування ☐ На укуси комах

Поясніть відповіді «Так» нижче. Обведіть запитання, на які не знаєте відповідей.

ЗАГАЛЬНІ ЗАПИТАННЯ	Так	Ні	ЗАПИТАННЯ ЩОДО МЕДИЧНОГО СТАНУ	Так	Ні
1. Лікар колись забороняв або обмежував Вашу участь у спортивних заходах із будь-якої причини?			26. У Вас буває кашель, задишка або ускладнене дихання під час або після тренування?		
2. У Вас зараз є будь-які захворювання? Якщо так, укажіть нижче. ☐ Астма ☐ Анемія ☐ Діабет ☐ Інфекції Інше: _____			27. Ви колись користувалися інгалятором або приймали ліки від астми?		
3. Ви колись залишалися в лікарні на ніч?			28. Серед Ваших родичів є хворі на астму?		
4. Вам колись робили хірургічну операцію?			29. Чи Ви народилися без якогось органу або Вам було видалено якийсь орган: нирку, око, яечко (для чоловіків), селезінку або інший орган?		
ЗАПИТАННЯ ЩОДО ЗДОРОВ'Я ВАШОГО СЕРЦЯ	Так	Ні	30. У Вас буває біль у паху, або у Вас є болюча опухлість чи грижа в паховій зоні?		
5. Ви колись втрачали або майже втрачали свідомість ПІД ЧАС або ПІСЛЯ тренування?			31. У Вас був інфекційний мононуклеоз протягом останнього місяця?		
6. У Вас колись виникав дискомфорт, біль або тиск у грудях чи ускладнення дихання?			32. У Вас є будь-які висипання, пролежні або інші проблеми зі шкірою?		
7. Чи буває так, що Ваше серце занадто сильно б'ється або пропускає удари (нерегулярний ритм) під час тренування?			33. У Вас був герпес або шкіряна інфекція МРЗС?		
8. Лікар колись казав Вам, що у Вас проблеми із серцем? Якщо так, позначте всі відповідні варіанти. ☐ Високий артеріальний тиск ☐ Шум у серці ☐ Високий рівень холестерину ☐ Інфекційні захворювання серця ☐ Хвороба Кавасаки Інше: _____			34. У Вас колись була травма голови або струс мозку?		
9. Лікар колись призначав Вам обстеження серця? (Наприклад, ЕКГ — електрокардіограму.)			35. Ви колись зазнавали удару в голову, що викликав часткове потьмарення свідомості, тривалий головний біль або проблеми з пам'яттю?		
10. Ви відчуваєте запаморочення або задишку частіше, ніж очікувано, під час тренування?			36. У Вас були напади епілепсії?		
11. У Вас колись був напад незрозумілого характеру?			37. У Вас виникає головний біль через тренування?		
12. Ви втомлюєтеся або у Вас виникає задишка швидше, ніж у Ваших друзів під час тренування?			38. Ви колись відчували оніміння, поколювання або слабкість рук або ніг після удару або падіння?		
ЗАПИТАННЯ ЩОДО ЗДОРОВ'Я СЕРЦЯ ЧЛЕНІВ РОДИНИ	Так	Ні	39. Колись було так, що Ви не могли поворушити руками або ногами після удару або падіння?		
13. Хтось із членів Вашої родини помер від проблем із серцем, та чи були у Вашій родині випадки неочікуваної смерті або раптової смерті з незрозумілих причин у віці до 50 років (у тому числі смерть через утоплення, в автокатастрофі з незрозумілих причин або через синдром раптової смерті немовляти)?			40. Вам колись було погано під час тренування в спеку?		
14. У когось із членів Вашої родини є такі захворювання, як гіпертрофічна кардіоміопатія, синдром Марфана, аритмогенна кардіоміопатія правого шлуночка, синдром подовження інтервалу QT, синдром скорочення інтервалу QT, синдром Бругада або катехоламінергічна поліморфна шлуночкова тахікардія?			41. У Вас часто виникають судоми м'язів під час тренування?		
15. У когось із членів Вашої родини є проблеми із серцем, та чи імплантовано когось із них кардіостимулятор або дефібрилятор?			42. Ви або хтось із членів Вашої родини є носієм гена серповидноклітинної анемії або є хворим на серповидноклітинну анемію?		
16. Хтось із членів Вашої родини непритомнів із невідомих причин, мав напади або майже потонував?			43. У Вас виникали проблеми з очима або зором?		
ПРОБЛЕМИ З КІСТКАМИ ТА СУГЛОБАМИ	Так	Ні	44. У Вас було пошкодження ока?		
17. У Вас колись було пошкодження кістки, м'яза, зв'язок або сухожилля, через яке Вам довелося пропустити тренування або гру?			45. Ви носите окуляри або контактні лінзи?		
18. У Вас колись був перелом або тріщина кістки чи зміщення суглобів?			46. Ви носите засоби для захисту очей, наприклад захисні окуляри або маску?		
19. У Вас колись була травма, що потребувала проведення рентгівенського дослідження, МРТ, КТ-сканування, ін'єкції, терапії, носіння корсету, гіпсу або милиць?			47. Вас непокоїть Ваша вага?		
20. У Вас колись був стресовий перелом?			48. Ви намагаєтеся або хтось рекомендував Вам набрати або скинути вагу?		
21. Вам колись призначали або проводили рентгівенське дослідження через нестабільність шиї або атлантаоаксальну нестабільність? (Синдром Дауна або карликовість.)			49. Ви дотримуєтеся особливої дієти або уникаєте певних типів продуктів харчування?		
22. Ви регулярно носите корсет, ортопедичні або інші допоміжні пристрої?			50. У Вас колись були розлади харчування?		
23. У Вас є травма кістки, м'яза або суглоба, яка Вас непокоїть?			51. Вас непокоять будь-які проблеми, що Ви хотіли б обговорити з лікарем?		
24. У Вас колись болять, набрякають, нагріваються або червоніють суглоби?			ТІЛЬКИ ДЛЯ ЖІНОК		
25. У Вас колись був ювенільний артрит або захворювання з'єднувальних тканин?			52. У Вас розпочалася менструація?		
			53. Скільки років Вам було, коли у Вас була перша менструація?		
			54. Скільки разів у Вас була менструація протягом останніх 12 місяців?		

Поясніть відповіді «Так» нижче.

Цим документом я заявляю, що, наскільки мені відомо, мої відповіді на наведені нижче запитання повні та правильні.

Підпис спортсмена _____ Підпис батька/матері або опікуна _____ Дата _____

Медична оцінка перед участю в змаганнях

СПОРТСМЕН З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ:

ДОДАТКОВІ ВІДОМОСТІ ПРО ПЕРЕНЕСЕНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Дата обстеження _____

Прізвище та ім'я _____ Дата народження _____

Стать _____ Вік _____ Клас _____ Школа _____ Види спорту _____

1. Тип інвалідності		
2. Дата настання інвалідності		
3. Класифікація (якщо існує)		
4. Причина інвалідності (пологова травма, хвороба, нещасний випадок, травма або інше)		
5. Укажіть види спорту, які Вас цікавлять		
	Так	Ні
6. Ви постійно носите корсет, використовуєте допоміжні засоби або протези?		
7. Ви носите спеціальний корсет або використовуєте допоміжні засоби для занять спортом?		
8. У Вас є будь-які висипання, пролежні або інші проблеми зі шкірою?		
9. У Вас є порушення слуху? Ви користуєтесь слуховим апаратом?		
10. У Вас є порушення зору?		
11. Ви використовуєте будь-які спеціальні засоби для покращення функції кишечника або сечового міхура?		
12. У Вас виникає печіння або дискомфорт під час сечовипускання?		
13. У Вас колись була автономна дисрефлексія?		
14. Вам колись було діагностовано хворобу, викликану перегріванням (гіпертермія) або перемерзанням (гіпотермія)?		
15. У Вас спостерігається спастичність м'язів?		
16. У Вас часто виникають напади, які неможливо контролювати за допомогою ліків?		

Поясніть відповіді «Так» нижче.

Укажіть, чи було у Вас колись щось із нижченаведеного.

	Так	Ні
Атлантаксіальна нестабільність		
Рентгівське дослідження для виявлення атлантаксіальної нестабільності		
Зміщення суглобів (більше одного)		
Легка кровотеча		
Збільшена селезінка		
Гепатит		
Остеопенія або остеопороз		
Труднощі з контролем роботи кишечника		
Труднощі з контролем роботи сечового міхура		
Оніміння або поколювання в руках або кистях		
Оніміння або поколювання в ногах або стопах		
Слабкість у руках або кистях		
Слабкість у ногах або ступнях		
Нещодавнє порушення координації		
Нещодавнє порушення здатності ходити		
Розщеплення хребта		
Алергія на латекс		

Поясніть відповіді «Так» нижче.

Цим документом я заявляю, що, наскільки мені відомо, мої відповіді на наведені нижче запитання повні та правильні.

Підпис спортсмена _____ Підпис батька/матері або опікуна _____ Дата _____

Медична оцінка перед участю в змаганнях

ФОРМА МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ

Прізвище та ім'я _____ Дата народження _____

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ЛІКАРЯ

- Поставте додаткові запитання особистого характеру.
 - Ви відчуваєте значну нервову напругу або тиск із боку когось?
 - Ви іноді відчуваєте сум, відсутність надії, депресію або тривогу?
 - Удома Ви відчуваєте себе в безпеці?
 - Ви колись пробували палити цигарки, жувати тютюн або нікотинову жувальну гумку, нюхати тютюн?
 - Протягом останніх 30 днів Ви жувати тютюн або нікотинову жувальну гумку чи нюхали тютюн?
 - Ви п'єте алкоголь або приймаєте будь-які препарати?
 - Ви колись приймали анаболічні стероїди або використовували будь-які інші добавки для покращення результатів?
 - Ви колись приймали добавки, що сприяють набору або втраті ваги або покращенню результатів?
 - Ви застібаете паски безпеки, вдягаєте шолом та користуєтеся презервативами?
- Перегляньте запитання про симптоми серцево-судинних захворювань (запитання 5–14).

МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД		
Зріст	Вага	☐ Чоловік ☐ Жінка
АТ / (/)	Пульс	Зір R 20/ L 20/ Корекція ☐ Так ☐ Ні
МЕДИЧНІ ПОКАЗНИКИ	НОРМА	ВИЯВЛЕНІ ВІДХИЛЕННЯ
Зовнішній вигляд • Синдром Марфана (кифоскولیоз, високе куполоподібне піднебіння, впала грудна клітка, арахнодактилія, розмах рук перевищує зріст, гіпереластичність, короткозорість, керована шлункочкова стимуляція, аортальна недостатність)		
Очі, вуха, ніс, горло • Зіниці рівні • Слух		
Лімфовузли		
Серце ^a • Шуми (аускультация стоячи, лежачи, +/- проба Вальсави) • Розташування точки максимального імпульсу (PMI)		
Пульс • Одночасна пульсація стегнової та променевої артерії		
Легені		
Черевна порожнина		
Урогенітальна система (лише для чоловіків) ^b		
Шкіра • ВПГ, пошкодження, що свідчать про наявність МРЗС, мікоз гладкої шкіри		
Неврологічні проблеми ^c		
СКЕЛЕТНО-М'ЯЗОВА СИСТЕМА		
Шия		
Спина		
Плече/рука		
Лікоть/передпліччя		
Зап'ясток/кисть/пальці		
Стегно		
Коліно		
Нога/щиколотка		
Ступні / пальці ніг		
Функціональні порушення • Качина хода, стрибки на одній нозі		

^aРозгляньте доцільність проведення ЕКГ, ехокардіограми та направлення до кардіолога для з'ясування анамнезу серцевих захворювань або обстеження.

^bРозгляньте доцільність огляду сечостатевої системи (повідомте про це конфіденційно). Рекомендована присутність третьої особи.

^cРозгляньте доцільність когнітивної оцінки або початкового психоневрологічного тестування за наявності в анамнезі серйозного стресу мозку.

☐ Дозвіл на заняття будь-якими видами спорту без обмежень

☐ Дозвіл на заняття будь-якими видами спорту без обмежень із рекомендаціями щодо подальшого огляду або лікування _____

☐ Не дозволено

☐ Очікується оцінка

☐ Для будь-якого виду спорту

☐ Для деяких видів спорту _____

Причина _____

Рекомендації _____

Мною оглянутий вищеназваний учень та здійснено медичний огляд перед участю в змаганнях. Спортсмен не має явних протипоказань для занять спортом, як описано вище. Копія результатів медичного огляду зберігається в моєму кабінеті, та її може бути передано до школи за вимогою батьків. Якщо після отримання спортсменом дозволу на участь у змаганнях буде виявлено певний медичний стан, лікар може анулювати дозвіл до вирішення проблеми та повного роз'яснення потенційних наслідків спортсмену (та його батькам або опікуну).

Прізвище та ім'я лікаря (друкованими літерами) _____ Дата _____

Адреса _____ Телефон _____

Підпис лікаря _____, лікар або доктор остеопатії

Медична оцінка перед участю в змаганнях

ФОРМА ДОЗВОЛУ

Прізвище та ім'я _____ Стать ☐ Ч ☐ Ж Вік _____ Дата народження _____

☐ Дозвіл на заняття будь-якими видами спорту без обмежень

☐ Дозвіл на заняття будь-якими видами спорту без обмежень із рекомендаціями щодо подальшого огляду або лікування _____

☐ Не дозволено

☐ Очікується оцінка

☐ Для будь-якого виду спорту

☐ Для деяких видів спорту _____

Причина _____

Рекомендації _____

Мною оглянутий вищеназваний учень та здійснено медичний огляд перед участю в змаганнях. Спортсмен не має явних протипоказань для занять спортом, як описано вище. Копія результатів медичного огляду зберігається в моєму кабінеті, та її може бути передано до школи за вимогою батьків. Якщо після отримання спортсменом дозволу на участь у змаганнях буде виявлено певний медичний стан, лікар може анулювати дозвіл до вирішення проблеми та повного роз'яснення потенційних наслідків спортсмену (та його батькам або опікуну).

Прізвище та ім'я лікаря (друкованими літерами) _____ Дата _____

Адреса _____ Телефон _____

Підпис лікаря _____, лікар або доктор остеопатії

ІНФОРМАЦІЯ НА ВИПАДОК НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

Алергії _____

Інша інформація _____
