

WYWIAD ANKIETA SPORTOWO-LEKARSKA. *Właściwe odpowiedzi należy zakreślić X*

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------|--------------------------------------|
| Data wypełnienia ____ - ____ - ____ | Imię i nazwisko | | Data urodzenia ____ - ____ - ____ |
| Rok rozpoczęcia uprawiania sportu | Ile godzin w tygodniu trenuje | Nazwa klubu | Rodzaj dyscypliny sportowej |
| 1. WYWIAD RODZINNY | | | |
| Czy w rodzinie (ojciec, matka, brat, siostra) zawodnika były/są | | | |
| Choroba serca, operacja serca lub naczyń, 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 | |

| | | | |
|---|-----|-----|-------------------------|
| 2. WYWIAD O ZAWODNIKU | | | |
| Czy u zawodnika były/są lub czy zawodnik miał/ma | | | |
| Leczony w poradni specjalistycznej | TAK | NIE | Jakiej? |
| Przewlekle stosowane leki | TAK | NIE | Jakie? od kiedy? |
| Czy dziecko uczestniczy w zajęciach w-f bez ograniczeń | TAK | NIE | |
| Czy dziecko uczestniczy w zajęciach w-f z ograniczeniami | TAK | NIE | Jakie? |
| Wady/anomalie/inne choroby serca lub naczyń, w tym zapalenie serca, szmery serca | TAK | NIE | Jakie? |
| Podwyższone ciśnienie krwi | TAK | NIE | |
| Cukrzyca | TAK | NIE | |
| Alergia/uczulenia | TAK | NIE | Jaka? na co? |
| Przewlekła choroba płuc/astma | TAK | NIE | |
| Przewlekły katar lub zatka nos (min kilka tyg/rok) | TAK | NIE | |
| Częste (więcej niż 3/rok), intensywne bóle głowy | TAK | NIE | |
| Regularne wymioty, szczególnie poranne | TAK | NIE | |
| Znacząca utrata wagi lub przyrost w ostatnich mies. | TAK | NIE | Ile kg? W ile miesięcy? |
| Napady duszności, trudności w oddychaniu, świszczący oddech, intensywny kaszel | TAK | NIE | |
| Drgawki/padaczka | TAK | NIE | |
| Omdlenia , utrata świadomości, zawroty głowy | TAK | NIE | Kiedy? Ile razy? |
| Ból w klatce piersiowej podczas wysiłku | TAK | NIE | Kiedy ostatnio? |
| Kołatanie /szybkie bicie serca (powyżej 110/min) szczególnie z objawami: ból w klatce piersiowej, brak powietrza, omdlenie, zawroty głowy | TAK | NIE | |
| Czy kiedykolwiek lekarz zalecił Ci badanie serca? (Ekg, Echo, Test wysiłkowy, Holter Ekg?) | TAK | NIE | Jakie? |
| Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz , masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? | TAK | NIE | |
| Czy stosowałeś/łaś kiedyś inhalator? | TAK | NIE | Jaki? |
| Czy urodziłeś/łaś się bez lub czy brakuje Ci: nerki, oka, jądra, lub innego narządu? | TAK | NIE | Czego brak? |
| Czy kiedykolwiek był uraz głowy / wstrząśnienie mózgu ? | TAK | NIE | Kiedy? |
| Czy chorowałeś/łaś na zapalenie opon mózgowych? | TAK | NIE | Kiedy? |
| Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? | TAK | NIE | |
| Czy kiedykolwiek korzystałeś/łaś z porady lekarza psychiatry ? | TAK | NIE | |
| Czy nosisz okulary/soczewki kontaktowe ? | TAK | NIE | |
| Czy przebyłeś/łaś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? | TAK | NIE | |
| Czy miałaś/łaś kiedykolwiek złamane lub pęknięte kości, skręcenie , zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? | TAK | NIE | Czego? |
| Czy zdarzyły się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu, korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kul? | TAK | NIE | |
| Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy? | TAK | NIE | |
| Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś/łaś na jakąkolwiek chorobę? | TAK | NIE | |

| | |
|--|--|
| 3. OŚWIADCZENIE: Oświadczam, że zrozumiałem/łam treść postawionych pytań i odpowiedziałem/łam na nie wyczerpująco i prawdziwie zgodnie z moją najlepszą wiedzą. | |
| Podpis zawodnika powyżej 16 r.ż. | Podpis rodzica lub opiekuna prawnego zawodnika do 18 r. ż. |

| | | | |
|---|-----------|--|--------------|
| 4. UZUPEŁNIA PIELĘGNIARKA LUB LEKARZ | | | |
| POMIARY | | Ostrość wzroku | |
| Waga, kg | centyle | RR | Bez korekcji |
| Wzrost, cm | centyle | tętno | Z korekcją |
| BMI | centyle | | OP |
| | | | OL |
| 5. ORZECZENIE | Zdolny do | Skierowano do poradni Medycyny Sportowej | |