

WSTĘPNE BADANIE SPORTOWO - LEKARSKIE

.....
imię i nazwisko sportowca

.....
data urodzenia

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

Dyscyplina sportowa	Jak długo trenuje	Ile razy i ile godzin w tygodniu
<i>Karate tradycyjne</i> lat/..... miesięcy	
 lat/..... miesięcy	

Dolegliwości związane z wysiłkiem fizycznym (treningiem sportowym)

Omdlenia/utrata przytomności	Nie / Tak*	**
Ból w klatce piersiowej	Nie / Tak*	
Kołatanie serca	Nie / Tak*	
Trudności w oddychaniu niewspółmierne do wysiłku	Nie / Tak*	
Obniżona tolerancja wysiłku	Nie / Tak*	

* właściwe zaznaczyć kółkiem **jeśli TAK – kiedy i w jakich okolicznościach

WYWIAD CHOROBY I RODZINNY

1. Pobyty w **szpitalu** (w tym zabiegi operacyjne), przebyte poważniejsze **choroby** (np. zakaźne) i doznane poważniejsze **obrażenia** (w tym złamania, urazy głowy):

rok	przyczyna	

2. Rozpoznane **wady wrodzone** (w tym stwierdzony brak jakiegoś narządu, np. nerki, jądra), choroby **przewlekłe** (np. astma, alergia) i **stosowane leki**:

choroba	stosowane leki

Wada wzroku	Nie / Tak*	Jeśli tak, to jaka?	
		Oko lewe	Oko prawe
Wada słuchu	Nie / Tak*	Ucho lewe	Ucho prawe

* właściwe zaznaczyć kółkiem

3. Czy w **rodzinie** sportowca (u **krewnych** I stopnia) występują/występowały:

Nagła śmierć przed 50. rokiem życia	Nie / Tak*	Jeśli tak, to u kogo?
Nadciśnienie tętnicze	Nie / Tak*	
Choroby serca	Nie / Tak*	
Cukrzyca	Nie / Tak*	
Astma oskrzelowa	Nie / Tak*	

* właściwe zaznaczyć kółkiem

Oświadczam, że **nie wystąpiły** u mnie/u mojego dziecka* (*niepotrzebne skreślić) **choroby o ciężkim przebiegu** (w tym ciężki uraz głowy, utrata przytomności, ostre zaburzenia psychiczne, drgawki) wymagające hospitalizacji w trybie pilnym. Wszystkie podane w kwestionariuszu informacje są **zgodne z prawdą** i żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia **nie zatailem/-am**.

.....
Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

.....
Czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych osoby niepełnoletniej

WYWIAD SPORTOWO-MEDYCZNY

Aktualnie zgłaszane dolegliwości, w tym w trakcie wysiłku

NIE/TAK - (jakie i w jakich okolicznościach)

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Wzrost	cm	Masa ciała	kg	RR	mmHg	HR	/min
--------	----	------------	----	----	------	----	------

Stan ogólny dobry, budowa ciała prawidłowa, stan odżywienia prawidłowy, skóra czysta, bez wykwitów patologicznych, węzły chłonne obwodowe niepowiększone, głowa średniowymiarowa, galki oczne prawidłowo osadzone, gardło różowe, migdałki podniebienne bez nalotów, uzębienie bez zmian próchnicznych, klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona, płuca i serce osłuchowo bez zmian, tętno udowe wyczuwalne, brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych, wątroba i śledziona niepowiększone, objaw Goldflama obustronnie ujemny, objawy oponowe ujemne, narząd ruchu bez zmian chorobowych

Odchylenia od normy w badaniu przedmiotowym:

WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH/KONSULTACJI

OB	Morfologia	data.....				Badanie ogólne moczu
	L	E	Hb	PLT	Wynik prawidłowy – TAK/NIE - odchylenia od normy:	
Glukoza						
	Odchylenia w rozmazie białokrwinkowym					

EKG	data.....						
HR	/min.	PQ	s	QT	s.	QTc	s.
Uwagi:							

Wyniki innych badań i konsultacji

Badanie/konsultacja..... (data)
Wniosek:

Orzeczenie:

Zdolny/a do uprawiania sportu do r.

.....
pieczętka i podpis

WYDANE SKIEROWANIA NA BADANIA I KONSULTACJE

OB, morfologia, glukoza, mocz	Spoczynkowe EKG	Próba wysiłkowa EKG	RTG KREGOSŁUPA	EEG + NEUROLOG	Spirometria	STOMATOLOG	OKULISTA	LARYNGOLOG	Inne
-------------------------------	-----------------	---------------------	----------------	----------------	-------------	------------	----------	------------	------