

WYWIAD ANKIETA SPORTOWO-LEKARSKA. Właściwe odpowiedzi należy zakreślić X

Data wypełnienia 21 - 03 - 2019	Imię i nazwisko Jan Nowak		Data urodzenia 01 - 07 - 2007
Rok rozpoczęcia uprawiania sportu 2017	Ile godzin w tygodniu trenuje 9	Nazwa klubu Wisła	Rodzaj dyscypliny sportowej Piłka nożna
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? alergologicznej
Przewlekle stosowane leki	TAK	NIE	Jakie? od kiedy? Zyrtec
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? roztocza
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	