

Ankieta do badania sportowego pierwszorazowa

Imię i nazwisko zawodnika	
Adres zamieszkania	PESEL
Nazwa klubu	Nr tel.
Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna(dotyczy dzieci)	Nr tel.

WYWIAD SPORTOWY

1. Dyscyplina sportu

.....

2. Ilość godzin treningu tygodniowo

.....

2. Od kiedy?

.....

3. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zawodach/treningach?

TAK / NIE

WYWIAD RODZINNY

1. Czy wśród członków rodziny były lub są obecne takie choroby jak (proszę zakreślić):

choroby serca	zaburzenia rytmu serca (arytmie)	cukrzyca	astma	uczulenia	nagła śmierć z nieznanej przyczyny	choroby serca poniżej 50 r.ż. kardiomiopatie	zespół Marfana
---------------	----------------------------------	----------	-------	-----------	------------------------------------	--	----------------

lub inne przewlekłe choroby,
jakie?.....

WYWIAD URAZOWY

1. Czy były urazy/złamania - proszę zaznaczyć TAK/NIE

czaszki	TAK	NIE	kręgosłupa	TAK	NIE	żeber	TAK	NIE
obojczyków	TAK	NIE	kończyny górnej /ręki	TAK	NIE	kończyny dolnej/nogi	TAK	NIE
miednicy	TAK	NIE	palców	TAK	NIE	tkanek miękkich/ścięgien	TAK	NIE
zębów	TAK	NIE	nosa	TAK	NIE	gałek ocznych	TAK	NIE
utrata przytomności w wyniku urazu	TAK	NIE	wstrząśnienie mózgu	TAK	NIE	brzucha/ genitaliów	TAK	NIE

WYWIAD KARDIOLOGICZNY

1. Czy kiedykolwiek występowało lub występuje - proszę zaznaczyć TAK/NIE

łatwe męczenie się, napady szybkiego, nierównego bicia serca, kołatania serca	TAK	NIE	omdlenie, zasłabnięcie, utrata świadomości bez ewidentnej przyczyny	TAK	NIE
szmery w sercu	TAK	NIE	choroba reumatyczna lub zapalenie mięśnia serca	TAK	NIE
nadciśnienie tętnicze krwi	TAK	NIE	mroczki przed oczami, ból, ucisk w klatce piersiowej, duszność, pogorszenie wydolności w trakcie wysiłku fizycznego lub po jego zakończeniu	TAK	NIE

WYWIAD OGÓLNY

1. Czy kiedykolwiek występowało lub występuje - proszę zaznaczyć TAK/NIE

przewlekłe lub częste stosowanie leków (również tych bez recepty) przez ostatnie 3 lata	TAK	NIE	pogorszenie słuchu, zawroty głowy, zapalenie ucha, operacja ucha	TAK	NIE
pobyty w szpitalu	TAK	NIE	niedowidzenie, nagła, chwilowa utrata wzroku	TAK	NIE
opieka poradni specjalistycznej	TAK	NIE	wada wzroku, konieczność noszenia okularów, zez	TAK	NIE
przebyte operacje	TAK	NIE	świszczący oddech, nasilony kaszel, trudność w oddychaniu	TAK	NIE
choroba zakaźna w ciągu ostatniego miesiąca	TAK	NIE	konieczność używania inhalatora	TAK	NIE
zranienia wymagające szycia	TAK	NIE	częste infekcje, stany zapalne gardła, uszu, nosa, płuc, oskrzeli	TAK	NIE
padaczka, drgawki, alergia, astma, zapalenie nerek	TAK	NIE	problemy ze spaniem/ zasypianiem	TAK	NIE
osłabienie siły rąk lub nóg albo ich niedowład	TAK	NIE	jakikolwiek dolegliwości bólowe	TAK	NIE
choroba układu nerwowego lub choroba psychiczna	TAK	NIE	dziwne zabarwienie stolca i moczu	TAK	NIE
nadmierne chudnięcie lub tycie	TAK	NIE	Inne dolegliwości- jakie?	TAK	NIE

Czy kiedykolwiek miała miejsce konsultacja kardiologiczna/USG serca

TAK / NIE Kiedy?

Oświadczam, że zrozumiałam/em treść pytań i odpowiedziałam/em na nie zgodnie z prawdą i najlepszą moją wiedzą. Wyrażam zgodę na badania, których wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia mojego/mojego dziecka

Data

podpis Zawodnika

podpis Rodzica Opiekuna (w przypadku dzieci)