

**FORMULARZ BADANIA PODMIOTOWEGO PACJENTA NA POTRZEBY KONSULTACJI LEKARZA MEDYCyny SPORTOWEJ
W GRAPA MEDICA**

IMIĘ _____ Nazwisko _____ Data badania _____ Telefon _____
PESEL _____ Data urodzenia _____ Dyscyplina _____
Ulica _____ Miejscowość _____ Kod _____

Zakreśl właściwą odpowiedź, np...: 15. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Jeśli tak to oznacz

TAK NIE

- | | | | |
|--|---------|---|---------|
| 1. Czy aktualnie czujesz się/ jesteś zdrowy? | Tak Nie | 15. Czy byłeś/aś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? | Tak Nie |
| 2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę? | Tak Nie | 16. Czy byłeś/aś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś w szpitalu? | Tak Nie |
| 3. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? | Tak Nie | 17. Czy przeszedłeś jakiś zabieg operacyjny? | Tak Nie |
| 4. Czy chorujesz przewlekłe lub masz jakiś przewlekły problem? (np. cukrzycę, astmę inne)? | Tak Nie | 18. Czy jesteś uczulony/a na leki, pyłki, pokarmy czy owady? | Tak Nie |
| 5. Czy przyjmujesz jakieś leki? (na receptę jak również dostępne bez recepty) | Tak Nie | 19. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię? | Tak Nie |
| 6. Czy kiedykolwiek zemdlełeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia lub straciłeś/aś przytomność? | Tak Nie | 20. Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? | Tak Nie |
| 7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej? | Tak Nie | 21. Czy stosowałeś/aś kiedykolwiek inhalator? | Tak Nie |
| 8. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz (zakreśl poniżej wszystkie odpowiednie przypadki) | Tak Nie | 22. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? | Tak Nie |
| | | 23. Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa? | Tak Nie |
| | | 24. Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów? | Tak Nie |
| | | 25. Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? | Tak Nie |
| | | 26. Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę? | Tak Nie |
| | | 27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy? | Tak Nie |
| | | 28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? | Tak Nie |
| | | 29. Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)? | Tak Nie |
| | | 30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? | Tak Nie |
| | | 31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? | Tak Nie |
| | | 32. Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? | Tak Nie |
| | | 33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? | Tak Nie |
| | | 34. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś? | Tak Nie |
| | | 35. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)? | Tak Nie |
| | | 36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub powinieneś/powinnaś omówić z lekarzem? | Tak Nie |
| | | Tylko kobiety | |
| | | 37. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek) | Tak Nie |
| | | 38. Czy miesiączkujesz regularnie? | Tak Nie |

wysokie ciśnienie szmery w sercu
wysoki poziom cholesterolu zapalenie serca

Plecy - część dolna Szyja Łokieć Biodro Łydka/Goleń
Plecy - część górna Bark Przedramię Udo Kostka
Klatka piersiowa Ramię Dłoń/Palce Kolano Stopa/Palce

13. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizyoterapii, usztywnienia gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kuli?
14. Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego(MR), tomografii komputerowej(TK), USG lub innych badań specjalistycznych?

Wyjaśnij odpowiedzi "Tak" w pytaniach od 2 do 32 wg przykładu: odp. 15 - wyrostek robaczkowy w 2004 r. lub 14 lat temu

Oświadczam, że zrozumiałam/em treść zadawanych pytań i odpowiedziałam/em na nie zgodnie z prawdą i najlepszą wiedzą.
Wyrażam zgodę na badania, które wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia.
Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej