

ИСТОРИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДО НАЧАЛА УЧАСТИЯ В СПОРТ. СЕКЦИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ МЕД. ОСМОТРА

Имя: _____ Дата рожд.: _____ Дата осмотра: _____
Адрес: _____ Город: _____ Индекс: _____
Номер телефона: _____ Вид спорта: _____

ИСТОРИЯ

- | | Да | Нет | |
|--------|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Есть ли у Вас аллергия на ЧТО-ЛИБО (медикаменты, укусы пчел, продукты, что-либо еще)? |
| 2. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Переносили ли Вы какую-либо травму/заболевание недавно, или есть ли у Вас травма/заболевание на данный момент? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Беспокоило ли Вас что-либо (медицинского характера), переносили ли Вы какие-либо заболевания или травмы со времени последнего осмотра? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Есть ли у Вас какие-либо хронические или рецидивирующие заболевания? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Были ли у Вас когда-либо заболевания, длящиеся больше недели? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Оставляли ли Вас когда-нибудь в больнице на ночь? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Были ли у Вас какие-либо операции (кроме удаления миндалин)? |
| g. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Были ли у Вас когда-либо травмы, для лечения которых требовалось вмешательство врача? |
| h. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Удалены ли у Вас какие-либо органы, кроме миндалин (например, аппендикс, глаз, почка, яичко и т. д.)? |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | В настоящее время принимаете ли Вы КАКИЕ-ЛИБО мед. препараты (включая противозачаточные таблетки, витамины, аспирин и т. д.)? |
| 4. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Были ли у Вас когда-либо проблемы с давлением или заболеваниями сердца? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Во время физической нагрузки Вы устаете быстрее, чем Ваши друзья? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Были ли у Вас когда-либо проблемы с давлением или заболеваниями сердца? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Были ли у каких-либо из Ваших близких родственников в возрасте до 50 лет заболевания сердца, инфаркты или внезапная смерть? |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Есть ли у Вас какие-либо проблемы с кожей (угревая сыпь, зуд, сыпь и т. д.)? |
| 6. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Были ли у Вас когда-либо потеря сознания, конвульсии, судорожные припадки или чрезмерное головокружение? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Часто ли у Вас бывают головные боли? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Было ли у Вас когда-либо вытяжение или защемление нерва ("stinger", "burner" или "pinched nerve")? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Теряли ли Вы когда-либо сознание? Теряли ли Вы когда-либо сознание в результате удара? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Была ли у Вас когда-либо травма головы или шеи? |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Испытывали ли Вы когда-либо тепловое истощение (перегрев), тепловой удар, тепловые судороги или подобные проблемы, вызванные перегревом организма? |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Страдали ли Вы когда-либо астмой? Испытывали ли Вы затрудненное дыхание или кашель во время физической нагрузки? |
| 9. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Носите ли Вы очки, контактные линзы или защитные очки? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Есть ли у Вас проблемы со зрением или заболевания глаз? |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Носите ли Вы какие-либо стоматологические приспособления, такие как брекететы, мосты, пластины или фиксаторы? |
| 11. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Была ли у Вас когда-либо травма колена? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Была ли у Вас когда-либо травма голеностопного сустава? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Была ли у Вас когда-либо травма сустава (плеча, в запястье, пальце и т. д.)? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Был ли у Вас когда-либо перелом кости? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Накладывали ли Вам когда-либо гипс или шину? Приходилось ли Вам когда-либо использовать костыли? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Есть ли у Вас необходимость использовать специальную экипировку для участия в соревнованиях (подкладки, биндажи, затылочные валики и т. д.)? |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Прошло ли более 5 лет после Вашей последней ревакцинации против столбняка |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Беспокоит ли Вас Ваш вес? |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ДЛЯ УЧЕНИЦ: Есть ли у Вас какие-либо проблемы, связанные или вызванные менструальным циклом? |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Существуют ли какие-либо медицинские ограничения, связанные с участием в выбранном Вами виде спорта? |

– СПОРТСМЕН НЕ ДОЛЖЕН ПИСАТЬ НИЖЕ ДАННОЙ ЛИНИИ –

EXAMINER'S COMMENTS ON ALL "YES" ANSWERS (Refer to question number):

КОММЕНТАРИИ ПРОВОДЯЩЕГО ОСМОТРА МЕД. РАБОТНИКА ВСЕХ ОТВЕТОВ «ДА»:
