

## 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 jakiegos narządu, np. nerki, jądra), choroby przewlekłe (np. astma, alergia) i stosowane leki:

choroba	stosowane leki

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

\* właściwe zaznaczyć kółkiem

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

	Nie / Tak*	Jeśli tak, to u kogo?
Nagła śmierć przed 50. rokiem życia	Nie / Tak*	
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		Masa ciała		RR		HR	
	cm		kg		mmHg		/min

### Odchylenia od normy

stan ogólny stan odżywienia skóra, węzły chłonne			
gałki oczne gardło migdałki podniebienne uzębienie			
klatka piersiowa płuca i serce brzuch			
postawa ciała	barki – protrakcja NIE/TAK łopatki odstające NIE/TAK - +1; +2	poziom barków P L kąty łopatek P L	trójkąty talii P L kończyny dolne L P
inne			

## WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH/KONSULTACJI

Data.....20.....

OB	Glukoza	L	E	Hb	PLT	Rozmaz białokrwinkowy	Badanie ogólne moczu
						Norma – TAK/NIE	Norma – TAK/NIE

### EKG

data.....20.....

HR .....	/min.	PQ .....	s	QT .....	s.	QTc .....	s.
Cechy przerostu jam serca		NIE/TAK					
Zaburzenie repolaryzacji		NIE/TAK					
Graniczne QTc (450 ms): 60-450; 64-440; 66-430; 70-420; 72-410; 76-400; 80-390; 84-380; 88-370; 94-360; 98-350; 104-340; 110-330; 118-320							

### Wyniki innych badań i konsultacji

- Konsultacja** ..... (data: ...../20.....)  
 Wniosek: Może uprawiać sport  
 (-) dr .....
- Konsultacja** ..... (data: ...../20.....)  
 Wniosek: Może uprawiać sport  
 (-) dr .....

### 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 KRĘGOSŁUPA	EEG + NEUROLOG	Spirometria	STOMATOLOG	OKULISTA	LARYNGOLOG	Inne
-------------------------------	-----------------	---------------------	----------------	----------------	-------------	------------	----------	------------	------