

Formularz Badania Podmiotowego

Imię _____ Nazwisko _____ Data badania _____ Telefon _____

Pesel										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia _____ Dyscyplina _____

Ulica _____ Mięscowosc _____ Kod _____

Zakreśl właściwą odpowiedź, np:

15. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Jeśli tak to zaznacz: Tak Nie

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|----------------|----------------------------|-----------------|---------------------|-------|--------|--------|-------------|---------------------|------|------------|-----|--------|------------------|-------|------------|--------|-------------|---|
| <p>1. Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy? Tak Nie</p> <p>2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę? Tak Nie</p> <p>3. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? Tak Nie</p> <p>4. Czy chorujesz przewlekłe lub masz jakiś przewlekły problem? (np. cukrzycę, astmę, inne)? Tak Nie</p> <p>5. Czy przyjmujesz jakieś leki? (zarówno na receptę, jak i te dostępne bez recepty) Tak Nie</p> <p>6. Czy kiedykolwiek zemdlełeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia lub straciłeś/aś przytomność? Tak Nie</p> <p>7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej? Tak Nie</p> <p>8. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz: (zakreśl poniżej wszystkie odpowiednie przypadki) Tak Nie</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%;">wysokie ciśnienie krwi</td> <td style="width: 50%;">szmery w sercu</td> </tr> <tr> <td>wysoki poziom cholesterolu</td> <td>zapalenie serca</td> </tr> </table> <p>9. Czy kiedykolwiek lekarz zlecił Ci badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter) Tak Nie</p> <p>10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekłe, stale przyjmuje leki? Tak Nie</p> <p>11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat? Tak Nie</p> <p>12. Czy miałeś/aś kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli tak, zakreśl poniżej okolice) Tak Nie</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Plecy – część dolna</td> <td style="width: 16.6%;">Szyja</td> <td style="width: 16.6%;">Łokiec</td> <td style="width: 16.6%;">Biodro</td> <td style="width: 16.6%;">Łydka/Goleń</td> </tr> <tr> <td>Plecy – część górna</td> <td>Bark</td> <td>Przedramię</td> <td>Udo</td> <td>Kostka</td> </tr> <tr> <td>Klatka piersiowa</td> <td>Ramię</td> <td>Dłoń/Palce</td> <td>Kolano</td> <td>Stopa/Palce</td> </tr> </table> | wysokie ciśnienie krwi | szmery w sercu | wysoki poziom cholesterolu | zapalenie serca | Plecy – część dolna | Szyja | Łokiec | Biodro | Łydka/Goleń | Plecy – część górna | Bark | Przedramię | Udo | Kostka | Klatka piersiowa | Ramię | Dłoń/Palce | Kolano | Stopa/Palce | <p>15. Czy byłeś/aś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? Tak Nie</p> <p>16. Czy byłeś/aś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś/aś w szpitalu? Tak Nie</p> <p>17. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Tak Nie</p> <p>18. Czy jesteś uczulony/a na leki pyłki, pokarmy czy owady? Tak Nie</p> <p>19. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię? Tak Nie</p> <p>20. Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? Tak Nie</p> <p>21. Czy stosowałeś/aś kiedykolwiek inhalator? Tak Nie</p> <p>22. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? Tak Nie</p> <p>23. Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa? Tak Nie</p> <p>24. Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów? Tak Nie</p> <p>25. Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? Tak Nie</p> <p>26. Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę? Tak Nie</p> <p>27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy? Tak Nie</p> <p>28. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? Tak Nie</p> <p>29. Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)? Tak Nie</p> <p>30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? Tak Nie</p> <p>31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? Tak Nie</p> <p>32. Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? Tak Nie</p> <p>33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? Tak Nie</p> <p>34. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś? Tak Nie</p> <p>35. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)? Tak Nie</p> <p>36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub powinieneś/powinnaś omówić lekarzem? Tak Nie</p> |
| wysokie ciśnienie krwi | szmery w sercu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| wysoki poziom cholesterolu | zapalenie serca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plecy – część dolna | Szyja | Łokiec | Biodro | Łydka/Goleń | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plecy – część górna | Bark | Przedramię | Udo | Kostka | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klatka piersiowa | Ramię | Dłoń/Palce | Kolano | Stopa/Palce | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tylko kobiety

37. W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek) _____
38. Czy miesiączkujesz regularnie? Tak Nie

Wyjaśnij odpowiedzi „Tak” w pytaniach 2 – 32 wg. przykładu:

Opd. 15 – wyrostek robaczkowy – 2004 r. lub około 10 lat temu.

Stwierdzam niniejszym, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są wyczerpujące i prawdziwe.

Wyrażam zgodę na badania, których 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