

# CENTRALNY OŚRODEK MEDYCyny SPORTOWEJ

## Lekarskie Badanie Kwalifikacyjne

### BADANIE PODMIOTOWE

Nazwisko	Data badania (RR-MM-DD)
Imię	Płeć      K      M
Adres	Nr telefonu
e-mail:	

*W nagłych przypadkach należy kontaktować się z: (imię, nazwisko, nr telefonu)*

PESEL		Dyscyplina
-------	--	------------

**Zakreśl właściwą odpowiedź, jeżeli nie znasz odpowiedzi, zakreśl numer pytania**

- |  |                        |                |                            |                 |                     |       |        |        |             |                     |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |   |
|--|------------------------|----------------|----------------------------|-----------------|---------------------|-------|--------|--------|-------------|---------------------|------|------------|-----|--------|------------------|-------|------------|--------|-------------|---|
| <p>1. Czy kiedyś lekarz odmówił Ci zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu?      Tak    Nie</p> <p>2. Czy chorujesz przewlekle lub masz jakiś przewlekły problem? (czy masz np. cukrzycę lub astmę)      Tak    Nie</p> <p>3. Czy przyjmujesz teraz jakieś leki? (zarówno na receptę, jak i te dostępne bez recepty)      Tak    Nie</p> <p>4. Czy kiedykolwiek zemdlałeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia, szczególnie po lub podczas ćwiczeń?      Tak    Nie</p> <p>5. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej, szczególnie podczas ćwiczeń?      Tak    Nie</p> <p>6. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś, że tętno jest nierówne lub że kołaczę Ci serce?      Tak    Nie</p> <p>7. 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>8. Czy lekarz zlecił Ci kiedykolwiek badanie serca? (np. EKG, ECHO, Test Wysiłkowy EKG, Holter)      Tak    Nie</p> <p>9. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekle, stale przyjmuje leki?      Tak    Nie</p> <p>10. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat?      Tak    Nie</p> <p>11. 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: 20%;">Plecy – część dolna</td> <td style="width: 15%;">Szyja</td> <td style="width: 15%;">Łokieć</td> <td style="width: 15%;">Biodro</td> <td style="width: 35%;">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> <p>12. Czy zdarzyły Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kul?      Tak    Nie</p> <p>13. Czy zdarzyły Ci się sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego (MR), tomografii komputerowej (TK), USG lub innych badań specjalistycznych?      Tak    Nie</p> | wysokie ciśnienie krwi | 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 | <p>14. Czy jesteś lub byłeś pod stałą opieką lekarza specjalisty?      Tak    Nie</p> <p>15. Czy byłeś/aś kiedyś przyjęty do szpitala, leżaleś/aś w szpitalu?      Tak    Nie</p> <p>16. Czy przeszedłeś/przeszłaś jakiś zabieg operacyjny?      Tak    Nie</p> <p>17. Czy jesteś uczulony/a na leki, pyłki, pokarmy czy owady?      Tak    Nie</p> <p>18. Czy masz wysypkę, lub inne problemy ze skórą?      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 urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)?      Tak    Nie</p> <p>23. W ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę zakaźną?      Tak    Nie</p> <p>24. Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu?      Tak    Nie</p> <p>25. Czy byłeś kiedyś uderzony w głowę w wyniku czego straciłeś pamięć lub byłeś zdezorientowany?      Tak    Nie</p> <p>26. Czy miałeś kiedyś atak drgawek, atak padaczkowy?      Tak    Nie</p> <p>27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy?      Tak    Nie</p> <p>28. Czy zdarza się, że podczas wysiłku boli Cię głowa?      Tak    Nie</p> <p>29. Czy kiedykolwiek po uderzeniu lub po upadku wystąpiło u Ciebie drętwienie, mrowienie lub osłabienie rąk lub nóg, albo nie byłeś/aś w stanie ruszać ręką lub nogą?      Tak    Nie</p> <p>30. Czy zdarzają Ci się bóle brzucha, lub uczucie gnienienia, ssania, rozpierania, pieczenia w brzuchu?      Tak    Nie</p> <p>31. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie lub kogoś z rodziny niedokrwistość - anemię?      Tak    Nie</p> <p>32. Czy przebyłeś/aś jakąkolwiek chorobę oczu lub uraz oka?      Tak    Nie</p> <p>33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe?      Tak    Nie</p> <p>34. Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtacze zakaźnej (wzw)?      Tak    Nie</p> <p>35. Czy jesteś zadowolony ze swojej masy ciała - wagi?      Tak    Nie</p> <p>36. Czy próbujesz przybrać na wadze lub schudnąć?      Tak    Nie</p> <p>37. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś?      Tak    Nie</p> <p>38. Czy zdarzają Ci się okresy zdenerwowania, lęku, niepokoju lub przygnębienia?      Tak    Nie</p> <p>39. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub powinieneś/powinnaś omówić z lekarzem?      Tak    Nie</p> <p><b>Tylko kobiety</b></p> <p>40. Kiedy miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek)      _____</p> <p>41. Czy miesiączkujesz regularnie?      Tak    Nie</p> |
| wysokie ciśnienie krwi   | 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     |                     |       |        |        |             |                     |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |   |

Jeżeli możesz to uzupełnij – wyjaśnij odpowiedzi „Tak” w pytaniach 1 - 38:

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.<sup>1</sup>

Podpis zawodnika

Podpis opiekuna<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Skreślić sentencję w przypadku braku zgody

<sup>2</sup> Podpis wymagany w przypadku osoby niepełnoletniej