

Formularz Badania Podmiotowego

Imię.....Nazwisko.....Data badania.....Telefon.....

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

Data urodzenia..... Dyscyplina.....

Ulica.....Miejscowość.....Kod.....

Zakreślić właściwą odpowiedź, np.: Czy przeszedłeś jakieś zabiegi operacyjne? 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 przewlekle lub masz jakiś przewlekły problem? (np. cukrzycę, astmę, inne)? Tak / Nie</p> <p>5. Czy przyjmujesz jakieś leki? (zarówno na receptę, jak i 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)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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 przewlekle, 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, zwknięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli tak, zakreśl poniżej okolicę) Tak / Nie</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Plecy-część dolna</td> <td style="width: 10%;">szyja</td> <td style="width: 10%;">łokiec</td> <td style="width: 10%;">biodro</td> <td style="width: 10%;">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/palec</td> </tr> </table> <p>13. Czy zdarzyły Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kuli? Tak / Nie</p> <p>14. Czy zdarzały 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	łokiec	biodro	łydka/goleń	plecy-część górna	bark	przedramię	udo	kostka	klatka piersiowa	ramię	dłoń/palce	kolano	stopa/palec	<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 z oddychaniem? 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 występują 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/aś uraz głowy lub wstrząs mózgu? Tak / Nie</p> <p>29. Czy chorowałeś/aś na zapalenie opon mózgowych Tak / Nie</p> <p>30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemie lub niedobór żelaza? Tak / Nie</p> <p>31. Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? Tak / Nie</p> <p>32. Czy przeżyłeś/aś 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 z lekarzem? Tak / Nie</p> <p>Tylko kobiety</p> <p>37. W jakim wieku miałeś pierwszą miesiączkę?(wpisz wiek)</p> <p>38. Czy miesiączkujesz regularnie? 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/palec																

Wyjaśnij odpowiedzi „Tak” w pytaniach 2-32 wg. przykładu (Odp: 15-wyrostek robaczkowy-2004r. 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