



Спортивная медицина

Анкета оценки состояния здоровья молодых спортсменов

ESMF-1

Фамилия, имя: _____	Пол: М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>	Возраст: _____
Персональный код: _____ Адрес: _____		
Телефон: _____ Е-мейл: _____		
Школа: _____		
Сп.школа/клуб: _____ Тренер(ы): _____		
Вид(ы) спорта: _____		
Трен.нагрузка: _____ раз в неделю, всего _____ академических часов. Кол-во соревнований в месяц: _____		
Когда и где проводилось последнее обследование у спортивного врача: _____		

Лекарственные препараты: укажите, пожалуйста, все лекарственные препараты - рецептурные, находящие в свободной продаже и биологически активные добавки, которые Вы принимаете в настоящее время:

Отметьте галочкой верный вариант ответа. Поясните, пожалуйста, утвердительные ответы в строке пояснений.
В случае, если Вы не уверены в ответе, обведите в кружок порядковый номер соответствующего вопроса.

Общие вопросы	Да	Нет
1. Когда было последнее заболевание с температурой?		
2. Есть ли у Вас проблемы, по поводу которых Вы хотели бы проконсультироваться с врачом?		
3. Накладывал ли когда-либо врач запреты или ограничения на Ваши занятия спортом?		
4. Страдаете ли Вы на данный момент каким-либо хроническим заболеванием (напр., астмой, диабетом, анемией, гепатитом и т.д.)?		
5. Вы страдаете врожденным отсутствием какого-либо органа или подверглись удалению какого-либо органа (почки, глаза, яичка (мужчины) и т.д.)?		
6. Проходили ли Вы когда-либо лечение в больнице?		
7. Подвергались ли Вы каким-либо хирургическим операциям?		
Пояснения:		
Состояние Вашего сердца	Да	Нет
8. Случались ли у Вас когда-нибудь <u>во время</u> или <u>после тренировки</u> обморочные или предобморочные состояния?		
9. Испытывали ли Вы когда-нибудь <u>во время тренировки</u> неприятное чувство, напряжение или боль в груди?		
10. Проявлялись ли у Вас когда-нибудь <u>во время тренировки</u> нарушения сердечного ритма (сердцебиения, пропуски сердечных сокращений и т.д.)?		
11. Говорил ли когда-нибудь врач, что у Вас проблемы с сердцем? Если да, уточните, какие: <input type="checkbox"/> повышенное кровяное давление <input type="checkbox"/> повышенное содержание холестерина <input type="checkbox"/> миокардит <input type="checkbox"/> врожденный порок сердца <input type="checkbox"/> шумы сердца <input type="checkbox"/> другое:		
12. Назначал ли Вам когда-нибудь врач обследование сердца (напр., ЭКГ, эхокардиография)?		
13. Испытываете ли Вы утомление или одышку быстрее/ интенсивнее, чем товарищи по тренировке?		
Пояснения:		
Состояние сердца у членов вашей семьи	Да	Нет
14. Были ли у кого-нибудь из членов Вашей семьи или родственников в возрасте до 50-ти лет случаи инфаркта миокарда, инсульта мозга, летальные случаи из-за болезней сердца, скоропостижная смерть или реанимация после остановки сердца?		
15. У кого-нибудь из членов Вашей семьи наблюдались врожденные пороки сердца, установлен кардиостимулятор или имплантирован дефибриллятор?		
16. Наблюдались ли у кого-нибудь из членов Вашей семьи обмороки, судороги или случаи утопления по неясным причинам?		
Пояснения:		
Опорно-двигательный аппарат	Да	Нет
17. Были ли у Вас за последний год травмы костей, мышц, сухожилий и связок, вынудившие Вас пропустить тренировки или соревнования?		



Спортивная медицина

Анкета оценки состояния здоровья молодых спортсменов

ESMF-1

18. Были ли у Вас травматические переломы (трещины) кости, переломы усталости или вывихи суставов?			
19. Из-за травм проходили ли Вы рентгеновское обследование, КТ, МРТ; делались ли Вам инъекции, операции; пользовались ли Вы лангетой, ортезом или костылями?			
20. Пользуетесь ли Вы регулярно ортезами (бандажами, тугими повязками) или другими ортопедическими средствами защиты?			
21. Есть ли у Вас повреждения костей, мышц или суставов, которые Вас беспокоят?			
22. Наблюдается ли у Вас боль, отечность или покраснение какого-либо сустава?			
23. Говорил ли когда-нибудь врач, что у Вас воспаление сустава или болезнь соединительной ткани?			
Пояснения:			
Общее состояние здоровья	Да	Нет	
24. Появляется ли у Вас <u>во время тренировок</u> кашель, чихание, одышка или затрудненное дыхание?			
25. Вы когда-нибудь пользовались ингалятором или лекарствами против астмы?			
26. Страдает ли кто-нибудь в Вашей семье астмой?			
27. Страдаете ли Вы аллергией на какие-либо лекарства, цветочную пыльцу, определенные продукты питания, насекомых и т.д.?			
28. Наблюдается ли у Вас боль, болезненное образование или грыжа в паховой области?			
29. Болели ли Вы в течении последнего года инфекционным мононуклеозом?			
30. Страдаете ли Вы кожными заболеваниями?			
31. Были ли у Вас травмы головы, вызвавшие помутнение сознания или потерю памяти?			
32. Случались ли у Вас приступы судорог или заболевания, сопровождающиеся судорогами?			
33. Появляется ли у Вас <u>во время тренировки</u> головная боль?			
34. После ударов или падения наблюдалось ли у Вас продолжающееся <u>более 24 часов</u> онемение, слабость конечностей, утрата их подвижности?			
35. Чувствуете ли Вы себя плохо при тренировках в жаркую погоду?			
36. Случаются ли у Вас <u>во время тренировок</u> частые мышечные судороги?			
37. Страдаете ли Вы или кто-нибудь из членов Вашей семьи анемией или другими болезнями крови?			
38. Были ли у Вас когда-нибудь проблемы со зрением или травмы глаз?			
39. Носите вы очки или контактные линзы во время занятий спортом?			
40. Вы довольны своим весом?			
41. Пытаетесь ли Вы или кто-то указал Вам на необходимость сбросить или набрать вес?			
42. Придерживаетесь ли Вы специальной диеты, избегаете определённых продуктов?			
43. Наблюдалась ли у Вас нарушения питания?			
Пояснения:			
Только для женщин	Да	Нет	
- происходит ли у Вас менструация?			
- менструация происходит ежемесячно?			
- в каком возрасте произошла первая менструация?			

Подтверждаю, что ответил(а) на все вопросы правдиво.

Своей подписью подтверждаю согласие на предоставление мне/моему ребенку медицинских услуг и на обработку личных данных моих/моего ребенка с целью оказания медицинских услуг в соответствии с политикой конфиденциальности Spordimeditsiini SA, условия которой приведены на сайте www.sportmed.ee

Если врач не выдал результаты обследования в день контроля, то они будут отправлены Вам по электронной почте. Даю согласие на получение результатов :

- Pdf document на электронную почту _____
 на электронную почту в зашифрованном виде.Isikukood _____ электронную почту _____
 Посмотрю на Terviseportaal

Число: ____ / ____ / ____

Подпись спортсмена _____ Имя и подпись родителя/опекуна _____