

Анкета обследования здоровья по спортивной медицине
ESMF-1v

Имя: _____ Возраст: ____ Персональный код : _____

Школа/сп. клуб: _____ Класс: _____

Вид(ы) спорта: _____

Место жительства: _____ Семейный врач: _____

Телефон: _____ Мобильн. телефон: _____ E-mail: _____

Пожалуйста обведите круг вокруг номеров вопросов , на которые не умеете ответить. Да Нет
Пожалуйста поясните свои положительные (да) ответы в конце анкеты:

1. Врач когда-нибудь запрещал или ограничивал по какой-то причине занятия спортом?
2. Вы болеете на данный момент каким-то хроническим заболеванием (напр. астмой, диабетом)?
3. Вы принимаете сейчас какие-то рецептурные лекарства или аптечные препараты свободной продажи?
4. У вас наблюдается аллергия на лекарства , цветочную пыльцу, укусы насекомых, пищевая аллергия?
5. Вы когда-нибудь во время тренировки падали в обморок или были на грани обморочного состояния?
6. Вы когда-нибудь после тренировки падали в обморок или были на грани обморочного состояния?
7. Вы когда-нибудь во время тренировки имели чувство напряжения, неприятности или боль в груди?
8. У вас наблюдалось во время тренировки сердцебиение, пропуски сердечных ударов и другие нарушения ритма?
9. Врач когда-нибудь вам говорил, что у вас

<input type="checkbox"/> повышенное давление	<input type="checkbox"/> шум сердечных тонов
<input type="checkbox"/> повышенное содержание холестерина в крови	<input type="checkbox"/> воспаление сердечной мышцы или миокардит, перикардит
10. Врач когда-нибудь направлял вас на обследования сердца (напр.ЭКГ, эхокардиография)?
11. У вас в семье кто-нибудь когда-нибудь умер по неизвестной причине?
12. У кого-то в вашей семье есть проблемы с сердцем?
13. У кого-то из членов вашей семьи или родственников наблюдались случаи смерти, связанные с болезнью сердца до 50 лет , или случаи внезапной смерти до 50 лет?
14. У кого-то из членов вашей семьи диагностирован синдром Марфани?
15. Были ли вы когда-нибудь на лечении в больнице?
16. Были ли у вас когда-нибудь операции?
17. Были ли у вас когда-нибудь повреждения, как растяжения, разрыв мышц или связок, воспаления сухожилий, которые бы препятствовали вашему участию в тренировках или соревнованиях? Если да, то отметьте в нижерасположенной таблице соответствующее место

Голова <input type="checkbox"/>	Шея <input type="checkbox"/>	Плечевой сустав <input type="checkbox"/>	Плечо <input type="checkbox"/>	Локоть <input type="checkbox"/>	Предплечье <input type="checkbox"/>	Кисть, пальцы <input type="checkbox"/>	Грудь <input type="checkbox"/>
Верхняя ч.спины <input type="checkbox"/>	Поясница <input type="checkbox"/>	Бедренный сустав <input type="checkbox"/>	Бедро <input type="checkbox"/>	Колено <input type="checkbox"/>	Голень/ передняя ч. голени <input type="checkbox"/>	Голеностопный сустав <input type="checkbox"/>	Стопа, пальцы <input type="checkbox"/>

18. Были ли у вас когда-нибудь переломы или трещины костей, или растяжения связок ? Если да, то отметьте в нижерасположенной таблице соответствующее место

Голова <input type="checkbox"/>	Шея <input type="checkbox"/>	Плечевой сустав <input type="checkbox"/>	Плечо <input type="checkbox"/>	Локоть <input type="checkbox"/>	Предплечье <input type="checkbox"/>	Кисть, пальцы <input type="checkbox"/>	Грудь <input type="checkbox"/>
Верхняя ч.спины <input type="checkbox"/>	Поясница <input type="checkbox"/>	Бедренный сустав <input type="checkbox"/>	Бедро <input type="checkbox"/>	Колено <input type="checkbox"/>	Голень/ передняя ч. голени <input type="checkbox"/>	Голеностопный сустав <input type="checkbox"/>	Стопа, пальцы <input type="checkbox"/>

19. Были ли у вас когда-нибудь повреждения костей или суставов, по поводу которых были проведены дополнительные обследования (рентген-, магниторезонанс-, компьютер-), операции, внутрисуставные уколы, реабилитация и физиотерапия? Накладывали ли вам гипс? Использовали ли вы ортоз (защитная

Анкета обследования здоровья по спортивной медицине ESMF-1v

повязка) или костыли при ходьбе ? Если да , то отметь в ниже расположенной таблице соответствующее место :

Голова <input type="checkbox"/>	Шея <input type="checkbox"/>	Плечевой сустав <input type="checkbox"/>	Плечо <input type="checkbox"/>	Локоть <input type="checkbox"/>	Предплечье <input type="checkbox"/>	Кисть, пальцы <input type="checkbox"/>	Грудь <input type="checkbox"/>
Верхняя ч.спины <input type="checkbox"/>	Поясница <input type="checkbox"/>	Бедрен-ный сустав <input type="checkbox"/>	Бедро <input type="checkbox"/>	Колено <input type="checkbox"/>	Голень/ передняя ч. голени <input type="checkbox"/>	Голеностоп-ный сустав <input type="checkbox"/>	Стопа, пальцы <input type="checkbox"/>

- | | | Да | Нет |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Говорили ли вам когда-нибудь , что вам необходим рентген-снимок с шеи из-за нестабильности шейного отдела позвоночника? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Используете ли вы постоянно ортоз (защитная повязка) или какое-то другое средство защиты? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Говорил ли вам когда-нибудь врач о том, что у вас астма или аллергия? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Наблюдается ли у вас во время тренировки кашель, одышка или затрудненное дыхание? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Есть ли у кого-то в вашей семье астма? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Использовали ли вы когда-нибудь ингалятор или лекарства против астмы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Родились ли вы без одной почки , глаза , яичка или какого-то другого органа или у вас какой-то орган удален ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Болели ли вы в течении последнего месяца инфекционным мононуклеозом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Были ли у вас высыпания , пролежни или другие проблемы с кожей? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Был ли у вас герпес? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Были ли у вас ушибы или повреждения головы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Получали ли удары по голове , в результате которых мутнело сознание или наблюдалась потеря памяти? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Были ли у вас когда-нибудь судороги? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Бывает ли во время тренировки головная боль? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Наблюдается ли у вас нарушение чувствительности, зуд, чувство слабости в руках, ногах после падения? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Было ли у вас после удара или падения трудно двигать рукой или ногой? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Проходили ли у вас тренировки в жаркую погоду, в результате чего у вас возникали проблемы со здоровьем, мышечные судороги ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Говорил ли врач вам или кому-то из вашей семьи, что у вас (или у кого-то другого) наблюдается серповидная анемия? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Были ли у вас когда-нибудь проблемы с глазами или зрением? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Носите вы очки или контактные линзы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Используете ли вы средства защиты глаз (защитные очки, защитная маска лица)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Вы довольны своим весом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Пробовали ли вы свой вес увеличить или уменьшить? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Советовал ли кто-то вам изменить ваш вес или привычки питания? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Следите ли вы усердно за тем, что вы едите? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Есть ли у вас какая-нибудь проблема, о которой бы вы хотели посоветоваться с врачом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ТОЛЬКО ЖЕНЩИНЕ | | | |
| 46. Наблюдается ли у вас менструация? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. С какого возраста началась первая менструация? _____ | | | |
| 48. Продолжительность менструального цикла / периодичность цикла? _____ | | | |

Пожалуйста поясните здесь свои положительные (да) ответы :

Когда и где был последнее обследование здоровья у спортивного врача? _____

Количество тренировочных часов (= 60 min) в неделю (без уроков физкультуры): _____

Собственноручно подтверждаю , что правильно ответил(а) на все вопросы. Число ____/____/____

Подпись спортсмена _____ Имя и подпись родителя/ опекуна _____