

ФОРМА СПОРТИВНОГО МЕДОСМОТРА ДЛЯ ОКРУГА ВАТКОМ

(Требуется перед началом участия в спортивных мероприятиях в средних и старших классах –
РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ ОЗНАКОМИТЬСЯ И РАСПИСАТЬСЯ)

- Новый участник
 Бывший участник

Имя _____ Дата рождения _____ Школа _____ Дата осмотра _____

Адрес _____ Город _____ Телефон _____

Имя родителя _____ Рабочий телефон _____ Спорт _____

Для связи в неотложных случаях: Имя _____ Телефон _____ Сотовый телефон _____

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Да/Нет (заполняется учащимся и родителями/опекунами)

- Д Н 1. Есть ли у вас заболевание или травма, в настоящее время или недавно?
- Д Н 2. Были ли у вас медицинские проблемы или травмы со времени прошлого осмотра?
- Д Н 3. Есть ли у вас хронические заболевания?
- Д Н 4. Болели ли вы когда-нибудь дольше одной недели?
- Д Н 5. Проводили ли вы ночь в больнице?
- Д Н 6. Были ли у вас операции?
- Д Н 7. Обращались ли вы когда-нибудь с травмами к врачу?
- Д Н 8. Удалялись ли у вас какие-либо органы? (аппендикс, глаз, почка, яичко, и т.п.)
- Д Н 9. Принимаете ли вы **какие-либо** лекарства? (витамины, аспирин)
- Д Н 10. Есть ли у вас аллергии? (на лекарства, укусы пчел, еду)
- Д Н 11. Испытывали ли вы когда-либо боль в груди, головокружение, потерю сознания во время или после тренировок?
- Д Н 12. Устаете ли вы быстрее, чем ваши друзья во время тренировок?
- Д Н 13. Были ли у вас когда-либо проблемы с сердцем или давлением?
- Д Н 14. Есть ли у вас близкие родственники, у которых были проблемы с сердцем, инфаркт, или которые внезапно умерли в возрасте до 50 лет?
- Д Н 15. Есть ли у вас кожные проблемы? (угревая сыпь, зуд, сыпь и пр.)
- Д Н 16. Теряли ли вы когда-либо сознание, испытывали ли конвульсии, припадки, или сильное головокружение?
- Д Н 17. Страдаете ли вы от частых сильных головных болей?
- Д Н 18. Испытывали ли вы когда-нибудь острую боль как от укуса насекомых или ожога, или «зашемление нерва»?
- Д Н 19. Теряли ли вы когда-либо сознание от удара или столкновения?
- Д Н 20. Были ли у вас когда-либо травмы головы или шеи?
- Д Н 21. Был ли у вас когда-либо тепловой удар, судороги от жары или подобные проблемы, связанные с высокой температурой?
- Д Н 22. Есть ли у вас астма, проблемы с дыханием, кашлем во время или после тренировок?
- Д Н 23. Носите ли вы очки, контактные линзы или защитные очки?
- Д Н 24. Были ли у вас когда-либо проблемы с глазами или зрением?
- Д Н 25. Есть ли у вас какие-либо зубные приспособления во рту? (скобки, «мостики», пластины, распорки)
- Д Н 26. Были ли у вас травмы колена или щиколотки?
- Д Н 27. Были ли у вас травмы других суставов? (плечо, запястье, палец и пр.)
- Д Н 28. Были ли у вас переломы?
- Д Н 29. Носили ли когда-либо гипс, шину, или пользовались костылями?
- Д Н 30. Нужно ли вам носить специальное оборудование при занятиях спортом? (скобы и пр.)
- Д Н 31. Делали вы прививку от столбняка более восьми лет назад?
- Д Н 32. Беспокоит ли вас ваш вес?
- Д Н 33. Есть ли у вас вопросы относительно вашего участия в спорте?
- Д Н 34. Принимаете ли вы таблетки или лекарства для повышения ваших результатов?

Д Н 35. **ДЛЯ ДЕВУШЕК:** Есть ли у вас проблемы с месячными?

■ ■ ■ ■ ■

Я подтверждаю своей подписью, что насколько я знаю, мои ответы на выше представленные вопросы являются полными и правдивыми.

Подпись родителя/опекуна

Дата

Подпись учащегося

Дата

МЕДОСМОТР

(заполняется врачом)

Возраст _____ Рост _____ Вес _____ Давление _____ Пульс _____
Зрение П / _____ Л / _____

МЕДОСМОТР

Норма/Отклонение

Результаты

Н О Внешний вид _____
Н О Глаза _____
Н О Уши _____
Н О Нос _____
Н О Горло _____
Н О Сердце _____
Н О Лимфоузлы _____
Н О Пульс _____
Н О Легкие _____
Н О Живот _____
Н О Половые органы (только для юношей) _____
Н О Кожа _____

КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА

Н О Шея _____
Н О Спина _____
Н О Плечи/руки _____
Н О Локти/предплечья _____
Н О Запястье/кисть _____
Н О Таз/бедро _____
Н О Колени _____
Н О Ноги/щиколотки _____
Н О Ступни _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Участие без ограничений Участие с ограничениями

Укажите ограничения _____

Участие противопоказано (указать причину) _____

Рекомендации (спецоборудование, использование медицинской ленты,
восстановление, направление к специалисту) _____

■ ■ ■ ■ ■

Имя врача _____

Подпись _____ Телефон _____ Дата _____