

FORMULARZ BADANIA PODMIOTOWEGO

Imię _____ Nazwisko _____ Data badania _____ Telefon _____

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data urodzenia _____ Dyscyplina _____

Ulica _____ Miejscowość _____ Kod _____

Zakreśl właściwą odpowiedź, np.: 15. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Jeśli tak to oznacz: 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 przewlekłe lub masz jakiś przewlekły problem?(np. cukrzycę, astmę inne)? Tak Nie</p> <p>5 Czy przyjmujesz jakieś leki? (na receptę jak również 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; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 50%;">wysokie ciśnienie</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 zalecił Ci badanie serca? (np. EKG, Echo, Test wysiłkowy, Holter) Tak Nie</p> <p>10 Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekłe, 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 50lat? Tak Nie</p> <p>12 Czy miałeś/aś kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli tak zakreśl poniżej okolice)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Plecy-część dolna</td> <td style="width: 16.6%;">Szyja</td> <td style="width: 16.6%;">Łokieć</td> <td style="width: 16.6%;">Biodro</td> <td style="width: 16.6%;">Łydka/Goleń</td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> <tr> <td>Plecy-część górna</td> <td>Bark</td> <td>Przedramię</td> <td>Udo</td> <td>Kostka</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Klatka piersiowa</td> <td>Ramię</td> <td>Dłoń/Palce</td> <td>Kolano</td> <td>Stopa/Palce</td> <td></td> </tr> </table> <p>13 Czy zdarzały 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 | 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>15 Czy byłeś/taś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? Tak Nie</p> <p>16 Czy byłeś/taś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś w szpitalu? Tak Nie</p> <p>17 Czy przeszedłeś 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 w oddychaniu? 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 występuje 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 uraz głowy lub wstrząs mózgu? Tak Nie</p> <p>29 Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)? Tak Nie</p> <p>30 Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? Tak Nie</p> <p>31 Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? Tak Nie</p> <p>32 Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? Tak Nie</p> <p>33 Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? Tak Nie</p> <p>34 Czy w wciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś? Tak Nie</p> <p>35 Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtaczce 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 miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek) Tak Nie</p> <p>38 Czy miesiączkujesz regularnie? Tak Nie</p> |
| wysokie ciśnienie | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Wyjaśnij odpowiedzi „Tak” w pytaniach od 2 do 32 wg. przykładu: odp. 15-wyrostek robaczkowy w 2004r lub 14 lat temu.

Oświadczam, że zrozumiałam/em treść zadawanych pytań i odpowiedziałam/em na nie zgodnie z prawdą i najlepszą wiedzą.
Wyrażam zgodę na badania, które 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