

WSTĘPNE BADANIE SPORTOWO - LEKARSKIE

 imię i nazwisko sportowca

 data urodzenia

 adres zamieszkania

 telefon kontaktowy

W związku z wejściem w życie RODO, tj. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informujemy, że przetwarzamy dane osobowe Sportowca. W celu zapoznania się ze szczegółową informacją, stanowiącą wypełnienie obowiązku określonego w art. 13 i 14 RODO, prosimy wejść na stronę: <http://www.cm311.pl/>

Dyscyplina sportowa	Jak długo trenuje	Ile razy i ile godzin w tygodniu
 lat/..... miesięcy	
 lat/..... miesięcy	

Dolegliwości związane z wysiłkiem fizycznym (treningiem sportowym)

Omdlenia/utrata przytomności/ ból w klatce piersiowej/ trudności w oddychaniu niewspółmierne do wysiłku itp.	Nie / Tak	*
--	-----------	---

*jeśli TAK – to jakie dolegliwości, kiedy i w jakich okolicznościach

WYWIAD CHOROBY I RODZINNY

1. Pobyty w **szpitalu** (w tym zabiegi operacyjne), przebyte poważniejsze **choroby** (np. zakaźne) i doznane poważniejsze **obrażenia** (w tym złamania, urazy głowy):

rok		przyczyna	

2. Rozpoznane **wady wrodzone** (w tym stwierdzony brak jakiegoś narządu, np. nerki, jądra), choroby **przewlekłe** (np. astma, alergia) i **stosowane leki**:

choroba		leki	
---------	--	------	--

Wada wzroku	Nie / Tak*	Jeśli tak, to jaka? Oko lewe	Oko prawe
Wada słuchu	Nie / Tak*	Ucho lewe	Ucho prawe

* właściwe zaznaczyć kółkiem

3. Czy w **rodzinie** sportowca (**rodzice i rodzeństwo sportowca**) występują/występowały:

Nagła śmierć przed 50. rokiem życia, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzyca, astma oskrzelowa	Nie / Tak*	Jeśli tak, to jakie i u kogo?
---	------------	-------------------------------

* właściwe zaznaczyć kółkiem

Oświadczam, że wszystkie podane w kwestionariuszu informacje są **zgodne z prawdą** i żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia **nie zatailem/-am**.

 Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

 podpis rodziców/opiekunów prawnych osoby niepełnoletniej

WYWIAD SPORTOWO-MEDYCZNY

Aktualnie zgłaszane dolegliwości, w tym w trakcie wysiłku

NIE/TAK - (jakie i w jakich okolicznościach)

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Wzrost		Masa ciała		RR		HR	
	cm		kg		mmHg		/min

Odchylenia od normy

stan ogólny stan odżywienia skóra, węzły chłonne						
galki oczne gardło migdałki podniebienne uzębienie						
klatka piersiowa płuca i serce brzuch						
postawa ciała	barki – protrakcja	NIE/TAK	poziom barków P	L	trójkąty talii P	L
	łopatki odstające	NIE/TAK - +1; +2	kąty łopatek P	L	kończyny dolne L	P
inne						

WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH/KONSULTACJI

Data.....20.....

OB	Glukoza	L	E	Hb	PLT	Rozmaz białokrwinkowy	Badanie ogólne moczu
						Norma – TAK/NIE	Norma – TAK/NIE

EKG	data.....20.....	HR	/min.	PQ	s	QT	s.	QTc	s.		
Cechy przerostu jam serca			NIE/TAK			Zaburzenie repolaryzacji				NIE/TAK	
Graniczne QTc (450 ms): 60-450; 64-440; 66-430; 70-420; 72-410; 76-400; 80-390; 84-380; 88-370; 94-360; 98-350; 104-340; 110-330; 118-320											

Orzeczenie:

Zdolny/a do uprawiania sportu do

.....
pieczętka i podpis

BADANIA I KONSULTACJE NA NASTĘPNE BADANIE SPORTOWO-LEKARSKIE

OB, morfologia, glukoza, moc	Spoczynkowe EKG	Próba wysiłkowa EKG	EEG	NEUROLOG	OKULISTA	LARYNGOLOG	STOMATOLOG	Spirometria	Rtg KRĘGOSŁUPA	Inne
------------------------------	-----------------	---------------------	-----	----------	----------	------------	------------	-------------	----------------	------