

שולס	לשימוש משרדי
כתשלוס	
ע"ח האגדה	

Please, read the instructions carefully!!!	Circle: Sick fund Maccabi / Meuhedet / Clalit / Leumit Complementary insurance Yes / No	Date of the examination: _____ Place of the examination: _____
MEDICAL EXAM		

Dear examinee, you are to fill the form thoroughly with your personal details, team details, fill out the medical questionnaire and sign at the designated place.
In respect of an examinees under the age of 18, the questionnaire shall be filled out and signed by their parents.

First name	Last name	St. _____	House _____	City _____	Phone _____
ID	Year of birth: _____	Weight: _____	Height: _____	Sex: M / F	
Name of your team: _____	Your sport: _____				

ממצאים:

א.ק.ג. במנוחה: _____ לחץ דם במנוחה: _____
 דופק במנוחה: _____ פעימות לדקה
 בית חזה: לב: _____ ריאות: _____

בדיקה גופנית:

ראש: עיניים: _____ אזניים: _____ אף וגרון: _____
 בטן: כבד: _____ טחול: _____ עור: _____
 מפשעה (שבר, בלוטות לימפה) _____ אברי מין: _____
 צוואר: בלוטת התריס: _____ קשרי לימפה: _____
 בדיקת עצמות ושרירים (בדיקה אורתופדית) _____
 מפרקים (היקף תנועה, סימטריה וריפיון, יציבות ברכיים) _____
 גפיים (דפורמציות, צליעה, כח) _____ כפות רגליים (דפורמציות) _____

Medical questionnaire (circle your answer):

- Have you ever been hospitalized? Reason of hospitalization: _____ Year: _____ Yes/No
- Have you ever undergone surgery? Kind of surgery: _____ Year: _____ Yes/No
- Are / Have you ever been asthmatic? Yes/No
- Do you take chronic medication? Yes/No
- Are you sensitive / allergic to medication, bee stinging, etc.? Yes/No
- Have you ever lost conscience or fainted due to physical effort? Yes/No
- Have you ever suffered from chest pain when under of effort? Yes/No
- Do you experience extraordinary fatigue due to effort? Yes/No
- Do you suffer from elevated blood pressure? Yes/No
- Have you ever suffered from dizziness when under effort? Yes/No
- Have you ever been informed of murmurs in your heart? Yes/No
- Have you ever felt intensive heart beating or lack of heart beating? Yes/No
- Is there a family member in your family who died of cardiac problems or sudden death at an age under 40? Specify: _____ Yes/No
- Are you suffering from skin disorders (itching, birthmarks or skin ruptures)? Yes/No
- Have you ever suffered from head trauma? Yes/No
- Have you ever had concussion? Yes/No
- Have you ever suffered from intensive headache? Yes/No
- Have you ever suffered from the following diseases: infectious mononucleosis, jaundice, tuberculosis, diabetes, frequent headaches, sight disorders, gastric ulcer? Specify: _____ Yes/No
- Have you ever had injuries of one or more of the following organs: (sprain, dislocation or fracture of) arm, neck, back, leg? Specify: _____ Yes/No
- Have you ever suffered from febrile seizures? Yes/No
- Have you ever lost conscience when under fever? Yes/No
- Do you use insoles or cushions for feet? Yes/No
- When were you last vaccinated for tetanus? Yes/No
- Only for females!**
- At what age your first menstruation occurred? _____
- When was your most recent menstruation? _____
- Is your menstrual cycle regular? Yes/No
- Additional explanations to your answers to questions 1-25 _____

סיכום תלונות במאמץ (סמן עיגל סיב המתיאם)	מסילה	אופניים
1. ללא תלונות	שלב	דקה
2. כאבים בחזה	I	1
3. קוצר נשימה		2
4. סחרחורת	II	3
5. התעלמות		4
6. בחילות	III	5
7. כאב ראש		6
8. כאב רגלים	IV	7
9. אחר, פרט:		8
סיבות הפסקת מאמץ	V	9
1. מאמץ מירבי		10
2. כאבים בחזה	VI	
3. קוצר נשימה		
4. שינויים בא.ק.ג.		
5. כאבי רגליים		
6. עייפות כללית		
7. אחר, פרט:		
תגובות לחץ דם:		
1. תקינה		
2. גבוהה		
3. נמוכה		
4. שטוחה		

סוג פרוטוקול: Ramp 20/25
Bruce
Astrand

Statement: I declare hereby that all the details provided by me above in respect of my medical status in the past and present are full and true. I permit to transfer this form of periodic medical examination to those who referred me for this examination.

Signature of the examinee: _____ Name of the parent: _____ ID _____ Signature of the parent / guardian: _____

מסקנות: לאחר שביצעתי את הבדיקות האמורות לעיל, מצאתי כי השחקן הנבדק: כשיר לפעילות ספורטיבית ללא כל הגבלה. כשיר לפעילות ספורטיבית בהגבלות הבאות: _____
 לבצע את הבדיקות הבאות: א. _____ ב. _____
 בלתי כשיר לפעילות ספורטיבית

אישורים רפואיים: _____