

לשימוש משרדי

| | |
|------------|--|
| שולס | |
| כתשולם | |
| ע"ח האגודה | |

Пожалуйста, внимательно прочтите инструкции!!!

МЕДОСМОТР

Обведите:

Больничная касса Маккаби / Меухедет /
Клалит / Леумит
Дополнительная страховка Да / Нет

Дата осмотра: _____

Место осмотра: _____

Уважаемый осматриваемый, вы обязаны тщательно внести в форму свои личные данные, данные команды, заполнить медицинский вопросник и расписаться в предусмотренном месте.

В отношении осматриваемого, которому не исполнилось 18 лет, вопросник заполняется и подписывается его родителями.

Имя _____ Фамилия _____ Ул. _____ Дом _____ Город _____ Тел. _____

Уд. лич. _____ Год рождения: _____ Вес: _____ Рост: _____ Пол: М / Ж

Название команды: _____ Вид спорта: _____

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) _____

Медицинский вопросник (обвести кружком):

1. Госпитализировали ли вас когда-либо? Да/Нет
Причина госпитализации: _____ год: _____
2. Переносили ли вы операцию? Да/Нет
Вид операции: _____ год: _____
3. Страдаете / Страдали ли вы астмой? Да/Нет
4. Принимаете ли вы лекарства на постоянной основе? Да/Нет
5. Если ли у вас повышенная чувствительность / аллергия на лекарства, укусы пчел и т. п.? Да/Нет
6. Случались с вами случаи потери сознания или обморока вследствие нагрузки? Да/Нет
7. Страдали ли вы болями в груди во время нагрузки? Да/Нет
8. Испытываете ли вы особое утомление вследствие нагрузки? Да/Нет
9. Страдаете ли вы повышенным кровяным давлением? Да/Нет
10. Страдали ли вы головокружением во время нагрузки? Да/Нет
11. Информировали ли вас о шумах у вас в сердце? Да/Нет
12. Бывало ли у вас ощущение интенсивных сердцебиений или отсутствия сердцебиений? Да/Нет
13. Скончался ли кто-то в вашей семье от сердечных нарушений или от внезапной смерти в возрасте младше 40 лет? Детализируйте: _____ Да/Нет
14. Страдаете ли вы кожными расстройствами (зуд, родимые пятна или разрывы кожи)? Да/Нет
15. Переносили ли вы когда-либо травму головы? Да/Нет
16. Переносили ли вы когда-либо сотрясение мозга? Да/Нет
17. Страдали ли вы когда-либо тяжелыми головными болями? Да/Нет
18. Страдали ли вы когда-либо следующими болезнями: инфекционный мононуклеоз, желтуха, туберкулеза, диабет, частые головные боли, нарушения зрения, язва желудка? Детализируйте: _____
19. Были ли у вас когда-либо травмы одного или более из следующих органов: (вывих, смещение или перелом) руки, шеи, спины, ноги? Детализируйте: _____ Да/Нет
20. Страдали ли вы когда-либо фебрильными судорогами? Да/Нет
21. Теряли ли вы когда-либо сознания при высокой температуре? Да/Нет
22. Пользуетесь ли вы супинаторами или подкладками для стопы? Да/Нет
23. Когда вы в последний раз вакцинировались от столбняка (тетануса)? Да/Нет
24. В каком возрасте имела место первая менструация? **Только для лиц женского пола!**
25. Когда была последняя менструация? Да/Нет
26. Менструальный цикл регулярный? Да/Нет
27. Дополнительные объяснения к ответам на вопросы 1-25 _____

סיכום תלונות במאמץ
(סמן עיגל סיבב המתאים)

1. ללא תלונות
2. כאבים בחזה
3. קוצר נשימה
4. סחרחורת
5. התעלמות
6. בחילות
7. כאב ראש
8. כאב רגלים
9. אחר, פרט:

סיבות הפסקת מאמץ

1. מאמץ מירבי
2. כאבים בחזה
3. קוצר נשימה
4. שינויים בא.ק.ג.
5. כאבי רגליים
6. עייפות כללית
7. אחר, פרט:
8. תגובות לחץ דם:
- 1 תקינה
- 2 גבוהה
- 3 נמוכה
- 4 שטוחה

א.ק.ג. במאמץ: _____ כ.ת.א.ש.ו.ת: _____

מסילה

| שלב | דופק | לחץ דם |
|-----|------|--------|
| I | | |
| II | | |
| III | | |
| IV | | |
| V | | |
| VI | | |

אופניים

| דקה | עומס | דופק | לחץ דם |
|-----|------|------|--------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

התאוששות

| דקה | דופק | לחץ דם |
|-----|------|--------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

סוג פרוטוקול:
Ramp 20/25
Bruce
Astrand

Декларация: Заявляю настоящим, что все сообщенные мной выше сведения о моем медицинском состоянии в прошлом и в настоящем являются полными и верными. Разрешаю передавать данную форму периодического медицинского осмотра направившему меня на данный осмотр.

Подпись осматриваемого: _____ Имя родителя: _____ Уд. лич. _____ Подпись родителя / опекуна: _____

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: