

מקום הבדיקה: _____
שם: _____ משפחה: _____
ת.ז.: _____ טלפון: _____
שם הקבוצה: _____ ענף: _____
תאריך לידה: _____ כתובת: _____
עיר: _____

שאלון רפואי (נא להקיף בעיגול)

- האם אושפזת אי פעם? _____ שנה _____ כן / לא _____
 - האם עברת ניתוח? _____ שנה _____ כן / לא _____
 - האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? _____ כן / לא _____
 - האם יש לך רגישות יתר/אלרגיה לתרופות/לדבורים? _____ כן / לא _____
 - האם ארע לך ארוע של אבוד הכרה בזמן מאמץ? _____ כן / לא _____
 - האם סבלת מכאבים בחזה בזמן מאמץ? _____ כן / לא _____
 - האם אתה מתעייף יותר מחבריך בזמן מאמץ? _____ כן / לא _____
 - האם אתה סובל מיתר לחץ דם? _____ כן / לא _____
 - האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? _____ כן / לא _____
 - האם דווח לך אי פעם על אוושה או רשרוש או אירוע מוחי לבבי? _____ כן / לא _____
 - האם היתה תחושה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימות לב? _____ כן / לא _____
 - האם מישוה במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי לפני שמלאו לו 40? _____ כן / לא _____
 - האם אתה סובל מבעיות עור (גירוד, נקודות חן, או עור שסוע)? _____ כן / לא _____
 - האם נפגעת פגיעת ראש אי פעם? _____ כן / לא _____
 - האם היה לך זעזוע מח? _____ כן / לא _____
16. האם סבלת אי פעם מאחת המחלות הבאות:
- | | | | | | |
|----------|---------|-------|---------|-----------------|---------|
| צהבת | כן / לא | שחפת | כן / לא | כאבי ראש תכופים | כן / לא |
| כיב קיבה | כן / לא | סוכרת | כן / לא | פגיעות בעיניים | כן / לא |
- או מחלה אחרת, פרט: _____
17. מחלת הנשיקה (מונוקלאוזיס) כן / לא פרט: _____
האם נפצעת אי פעם באחד או יותר מן הבאים: (נקע, פריקה או שבר)?
- | | | | | | |
|-------------|---------|-------|---------|----------------|---------|
| יד | כן / לא | כתף | כן / לא | ירך | כן / לא |
| שורש כף היד | כן / לא | צוואר | כן / לא | ברך | כן / לא |
| זרוע | כן / לא | גב | כן / לא | שוק (קדמת רגל) | כן / לא |
| מפרק | כן / לא | מותן | כן / לא | כף רגל | כן / לא |
18. האם סבלת אי פעם מהתכווצויות חוסם? _____ כן / לא _____
19. האם אבדת אי פעם הכרה בחוסם? _____ כן / לא _____
20. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? _____ כן / לא _____
21. מתי קבלת לאחרונה חיסון נגד צפדת? (טטנוס)? _____

לניבדקות בלבד

22. באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? _____
23. מתי הופיע המחזור האחרון? _____
24. האם המחזור מופיע באופן סדיר? _____ כן / לא _____
25. הסברים נוספים בעקבות התשובות לשאלות 1-25 _____

הצהרה: הנני מצהיר בזאת כי כל הידיעות שמסרתי לעיל על מצבי הרפואי בעבר ובהווה הינן מלאות ונכונות, הנני מתיר למסור את טופס הבדיקה הרפואית למי שהפנה אותי לבדיקה זו.
חתימת הנבדק: _____ שם ההורה: _____ ת.ז.: _____
חתימת הורה/אפוטרופוס _____

למילוי על-ידי הרופא

בדיקה גופנית

ראש: עיניים _____ אזניים _____ אף וגרון _____
בטן: כבד _____ טחול _____ עור _____
מפשעה: (שבר בלוטו לימפה) _____ אברי מין: _____
בית חזה לב: _____ ריאות: _____ דפקים פרפריים: _____
צוואר בלוטת התריס: _____ קשרי לימפה: _____
בדיקת עצמות ושרירים (בדיקה אורטופדית): _____

ממצאים:

א.ק.ג. במנוחה _____ א.ק.ג. במאמץ _____ א.ק.ג. בהתאוששות _____
דופק במנוחה: _____ פעימות לדקה. לחץ דם: _____
הבדיקה בוצעה על אופניים/מסילה בדיקה בוצעה לפי פרוטוקול BRUCE

ממצאים: לאחר שביצעתי את הבדיקות האמורות לעיל, מצאתי כי השחקן הנבדק:

- כשיר לפעילות ספורטיבית ללא הגבלה. כשיר לפעילות ספורטיבית בהגבלות הבאות:
 לבתי כשיר לפעילות ספורטיבית לבצע את הבדיקות הבאות:
א. _____ ב. _____

תחנה לרפואת ספורט
מרום - שרותי בריאות בע"מ
חותמת התחנה לספורט

חתימת הרופא האחראי