מכון 1 - מרכז לרפואת ספורט הגליל 69, ת.ד. 549, כפר-סבא טל. 09-7676899 פקס. 09-7676759

אנא קרא בעיון את ההוראות!!!

טופס בדיקה רפואית

סמן בעיגול:
קופ"ח מכבי / מאוחדת / כללית / לאומית
ביטוח משלים כן / לא

תאריך הבדיקה: _____
מקום הבדיקה: _____

לשימוש משרדי
שולם
לתשלום
ע"ח האגודה

נבדק נכבד, עליך למלא בהקפדה את פרטיך האישיים, את פרטי הקבוצה בטופס ואת השאלון הרפואי ולחתום במקום המיועד.
לנבדק מתחת לגיל 18 השאלון יומלא וייחתם ע"י ההורים.

שם פרטי _____ שם משפחה _____
ת.ז. _____ שנת לידה: _____ משקל: _____ גובה: _____ מין ז / נ
רחוב: _____ מספר: _____ עיר: _____ טלפון: _____
שם הקבוצה: _____ ענף ספורט: _____

ממצאים:

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

שאלון רפואי (נא להקיף בעיגול):

1. האם אושפזת אי פעם? _____ כן / לא
   סיבת האשפוז: _____ שנה: _____
2. האם עברת ניתוח? _____ כן / לא
   סוג הניתוח: _____ שנה: _____
3. האם אתה סובל/סבלת מאסטמה _____ כן / לא
4. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? _____ כן / לא
5. האם יש לך רגישות יתר/אלרגיה לתרופות לדבורים וכו'? _____ כן / לא
6. האם ארע לך ארוע של איבוד הכרה או התעלפות בזמן מאמץ? _____ כן / לא
7. האם סבלת כאבים בחזה בזמן מאמץ? _____ כן / לא
8. האם אתה מתעייף באופן מיוחד בעקבות מאמץ? _____ כן / לא
9. האם אתה סובל מיתר לחץ דם? _____ כן / לא
10. האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? _____ כן / לא
11. האם דווח לך אי פעם על אושה או רשרוש בלבך? _____ כן / לא
12. האם היתה לך תחושה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימות לב? _____ כן / לא
13. האם מישהו במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי לפני שמלאו לו 40 שנה? פרט: _____ כן / לא
14. האם אתה סובל מבעיות עור (גירוד, נקודות חן או עור שסוע)? _____ כן / לא
15. האם נפגעת פגיעת ראש אי פעם? _____ כן / לא
16. האם היה לך זעזוע מח? _____ כן / לא
17. האם סבלת בעבר מכאבי ראש קשים? _____ כן / לא
18. האם סבלת אי פעם מהמחלות הבאות: מחלת הנשיקה , צהבת, שחפת, סוכרת, כאבי ראש תכופים, פגיעות בעיניים, כיב קיבה פרט: _____
19. האם נפצעת אי פעם באחד או יותר מן האיברים הבאים: (נקע, פריקה או שבר) יד, צוואר, גב, רגל פרט: _____
20. האם סבלת אי פעם מהתכווציות חום? _____ כן / לא
21. האם אבדת אי פעם הכרה בחום? _____ כן / לא
22. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? _____ כן / לא
23. מתי קיבלת לאחרונה חיסון נגד צדפת (טטנוס)? _____ כן / לא

לבנות בלבד!

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

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 אורטופדית) _____
מפרקים (היקף תנועה, סימטריה וריפיון, יציבות ברכיים) _____
גפיים (דפורמציות, צליעה, כח) _____ כפות רגליים (דפורמציות) _____

א.ק.ג. במאמץ: _____ א.ק.ג. בהתאוששות: _____

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		

מסילה

שלב	דופק	לחץ דם
I		
II		
III		
IV		
V		
VI		

סוג פרוטוקול:
Ramp 20/25
Bruce
Astrand

סיכום תלונות במאמץ
(סמן ענול סביב המתאים)

1. ללא תלונות
2. כאבים בחזה
3. קוצר נשימה
4. סחרחורת
5. התעלפות
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 באק.ג.
5. כאבי רגליים
6. עייפות כללית
7. אחר, פרט:

תגובות לחץ דם:
1. תקינה
2. גבוהה
3. נמוכה
4. שטוחה

הצהרה הנני מצהיר בזאת כי כל הידיעות שמסרתי לעיל על מצבי הרפואי בעבר ובהווה הינן מלאות ונכונות
הנני מתיר למסור את טופס הבדיקה הרפואית התקופתית למי שהפנה אותי לבדיקה זו.

חתימת הנבדק: _____ **שם ההורה:** _____ **ת.ז.** _____ **חתימת הורה/אפוטרופוס:** _____

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:

חתימת הרופא הבודק | חותמת הרופא הבודק | חתימת הרופא האחראי | חותמת הרופא האחראי | חותמת התחנה לספורט