

## FORMULARZ BADANIA PODMIOTOWEGO

imię

nazwisko

data badania

PESEL

data urodzenia

dyscyplina

ulica

miejsowość, kod

nr telefonu

e-mail

### A. Czy występują lub kiedykolwiek wcześniej występowały u Ciebie poniższe objawy. Proszę zaznaczyć [ TAK/NIE ]

- |                                    | TAK                      | NIE                      |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Utrata przytomności             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ból i ucisk w klatce piersiowej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kołatania/arytmia serca         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Duszność                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Łatwe męczenie się              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Drgawki/padaczka                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Częste infekcje                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### B. Zakreśl właściwą odpowiedź: [TAK/NIE]

1. Czy chorujesz przewlekle lub masz inny problem zdrowotny? (np. cukrzycę, astmę inne)?  TAK  NIE  
jaki?
2. Czy kiedykolwiek lekarz zalecił przerwanie uprawniania sportu?  TAK  NIE  
kiedy? z jakiego powodu?
3. Czy stwierdzono nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi? Podaj przybliżoną datę ostatniego badania.  TAK  NIE  
jakie nieprawidłowości?  
Przybliżona data badania.
4. Czy byłeś/łaś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty?  TAK  NIE  
jakiego?
5. Czy byłeś/łaś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś w szpitalu?  TAK  NIE  
z jakiego powodu?
6. Czy przeszedłeś jakiś zabieg operacyjny?  TAK  NIE  
jaki? kiedy?

7. Czy w Twojej rodzinie (rodzice/rodzeństwo) występują lub występowały choroby serca?  TAK  NIE  
jakie?

8. Czy w Twojej rodzinie występują choroby dziedziczne?  TAK  NIE  
jakie?

9. Czy w Twojej rodzinie wystąpił przypadek nagłego zgonu?  TAK  NIE  
jeśli tak, opisz z jakiego powodu

10. Czy byłeś/łaś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty?  TAK  NIE  
jakiego?

11. Czy palisz papierosy lub stosujesz inne używki? Również okazjonalnie  TAK  NIE  
jakie? jak często?

12. Czy stosujesz suplementy diety?  TAK  NIE  
jakie?

13. Czy stosujesz regularnie jakieś leki?  TAK  NIE  
jakie?

14. Czy jesteś uczulony/a na leki pyłki, pokarmy czy owady?  TAK  NIE  
jakie?

15. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię?  TAK  NIE  
jaką?

Oświadczam, że zrozumiałam/em treść zadawanych pytań i odpowiedziałam/em na nie zgodnie z prawdą i najlepszą wiedzą. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań, których wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu mojego zdrowia/stanu zdrowia mojego dziecka.

Podpis zawodnika powyżej 16 r.ż.

Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej

# WYNIK BADANIA KONSULTACYJNEGO

imię i nazwisko

PESEL

data badania

## A. BADANIE PRZEDMIOTOWE:

1. Szmer serca obecny? TAK  NIE

OPIS/UWAGI

2. Pola płucne osłuchowo: bez zmian  zmiany obecne

OPIS/UWAGI

3. Ciśnienie tętnicze: PRAWA ręka  LEWA ręka

## B. EKG

PRAWIDŁOWE

NIEPRAWIDŁOWE

OPIS/UWAGI

## C. UKG

PRAWIDŁOWE

NIEPRAWIDŁOWE

Średnica opuszki aorty:

Średnica aorty wstępującej:

### Lewa komora:

LV EDD:  mm LV ESD:  mm IVS:  mm PW:  mm LV EF:  %

kurczliwość LV:

### Lewy przedsionek:

średnica:  mm powierzchnia:  mm<sup>2</sup>

### Prawa komora:

### Zastawka mitralna:

obraz i funkcja prawidłowe: TAK  NIE

### Zastawka aortalna:

obraz i funkcja prawidłowe: TAK  NIE

### Zastawka trójdzielna:

obraz i funkcja prawidłowe: TAK  NIE

### Zastawka płucna:

obraz i funkcja prawidłowe: TAK  NIE

\*Zdolny do uprawiania sportu bez ograniczeń

\*Zdolny do uprawiania sportu z zaleceniami dodatkowego postępowania

OPIS/UWAGI

\*Niekwalifikujący się do uprawiania dyscyplin sportowych:

a. wszystkich  wybranych

b. przeciwskazanie czasowe

przeciwskazanie trwałe

pieczęć podmiotu leczniczego

pieczęć i podpis lekarza