

Имя: \_\_\_\_\_ Пол: М  Ж  Возраст: \_\_\_\_\_

Личный идентификационный код: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Спортивный клуб: \_\_\_\_\_ Тренер(ы): \_\_\_\_\_

Вид спорта: \_\_\_\_\_

Объём тренировок: \_\_\_\_\_ раз(а) в неделю, \_\_\_\_\_ академических часов.

Соревнования в месяц \_\_\_\_\_ раз(а).

Где и когда вы проходили последний осмотр, связанный со спортивной медициной: \_\_\_\_\_

**Лекарственные препараты:** пожалуйста, перечислите все рецептурные и безрецептурные лекарства, которые вы принимаете в настоящее время:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Пожалуйста, отметьте соответствующий вариант («да» или «нет») и поясните ответы «да» ниже.**  
**Пожалуйста, обведите номера вопросов, на которые вы не можете ответить.**

Общие вопросы	Да	Нет
1. Есть ли у вас вопросы или беспокойства, которые вы хотели(а) бы обсудить с врачом?		
2. Ограничивал ли когда-либо врач вас в физических упражнениях или запрещал их по какой-либо причине?		
3. Есть ли у вас хроническое заболевание (например, диабет, астма, анемия, гепатит и т. д.)?		
4. Родились ли вы без почки, глаза, яичка (у мужчин) или любого другого органа, или был ли какой-либо орган удалён?		
5. Были ли вы госпитализированы?		
6. Делали ли вам операции?		
<b>Пояснение:</b>		
Вопросы о здоровье сердца (о вас)	Да	Нет
7. Теряли ли вы когда-либо сознание или почти теряли сознание во время или после физической нагрузки?		
8. Испытывали ли вы дискомфорт, боль или давление в груди во время физической нагрузки?		
9. Бывали ли у вас нарушения сердечного ритма во время нагрузки (например, сердцебиение, «пропуски» ударов и т. п.)?		
10. Говорил ли вам врач когда-либо, что у вас есть проблемы с сердцем? Если да, пожалуйста, укажите: высокое кровяное давление <input type="checkbox"/> шум в сердце <input type="checkbox"/> высокий холестерин <input type="checkbox"/> миокардит <input type="checkbox"/> врождённый порок сердца <input type="checkbox"/> другое:		
11. Направлял ли вас врач когда-либо на обследования сердца (например, ЭКГ, эхокардиография)?		
12. Утомляетесь ли вы значительно быстрее или испытываете больше одышки, чем ваши партнёры по тренировкам?		
<b>Пояснение:</b>		

<b>Вопросы о здоровье сердца (о вашей семье)</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
13. Был ли у кого-либо в вашей семье (или у родственников) до 50 лет инфаркт, инсульт, смерть по причине заболевания сердца, внезапная смерть или реанимация из-за остановки сердца?		
14. Есть ли в вашей семье врождённые пороки сердца, кардиостимулятор или имплантируемый дефибриллятор?		
15. Были ли у кого-либо в вашей семье необъяснимые обмороки, судороги или случаи утопления?		
<b>Пояснение:</b>		
<b>Вопросы о костно-мышечной системе</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
16. Были ли за последний год травмы костей, мышц, связок или сухожилий, из-за которых вы пропускали тренировки или соревнования?		
17. Были ли у вас переломы (включая стресс-переломы) или вывихи суставов?		
18. Из-за травмы делали ли вам рентген, МРТ или КТ, инъекции или операцию; либо использовали ли вы шину, ортез/фиксатор или костыли?		
19. Используете ли вы регулярно ортез (поддерживающий бандаж) или другие вспомогательные средства?		
20. Есть ли у вас травма кости, мышцы или сустава, которая вас беспокоит?		
21. Есть ли у вас суставы, которые болят, тёплые на ощупь, опухшие или покрасневшие?		
22. Говорил ли вам врач, что у вас артрит или заболевание соединительной ткани?		
<b>Пояснение:</b>		
<b>Вопросы об общем состоянии здоровья</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
23. Бывают ли у вас во время физической нагрузки кашель, чихание, затруднение дыхания или одышка?		
24. Пользовались ли вы когда-либо ингалятором или лекарствами от астмы?		
25. Есть ли у кого-либо в вашей семье астма?		
26. Есть ли у вас аллергии (например, на лекарства, пыльцу, пищу, насекомых и т. д.)?		
27. Есть ли у вас боль в паху, болезненная припухлость или грыжа в паховой области?		
28. Болели ли вы инфекционным мононуклеозом в течение последнего года?		
29. Есть ли у вас кожные заболевания?		
30. Бывал ли у вас удар по голове (черепно-мозговая травма), который приводил к спутанности сознания или потере памяти?		
31. Бывали ли у вас судороги или судорожные расстройства?		
32. Бывают ли у вас головные боли во время физической нагрузки?		
33. Были ли у вас после удара или падения онемение или слабость в руках или ногах, продолжающиеся более 24 часов, или невозможность двигать руками/ногами?		
34. При тренировках в жаркую погоду бывало ли вам плохо?		
35. Часто ли у вас бывают мышечные судороги во время физической нагрузки?		
36. Есть ли у вас или у кого-либо из членов вашей семьи анемия или другое заболевание крови?		
37. Были ли у вас проблемы со зрением или травмы глаз?		

38. Носите ли вы очки или контактные линзы во время занятий спортом?		
39. Довольны ли вы своим весом?		
40. Пытаетесь ли вы похудеть или набрать вес, или кто-то советовал вам это сделать?		
41. Соблюдаете ли вы специальную диету или избегаете определённых продуктов?		
42. Было ли у вас расстройство пищевого поведения?		
<b>Пояснение:</b>		
<b>ТОЛЬКО ДЛЯ ЖЕНЩИН</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
– есть ли у вас менструации?		
– бывают ли менструации каждый месяц?		
– в каком возрасте у вас началась первая менструация?		

*Я подтверждаю, что ответил(а) на все вопросы честно, и даю согласие на использование моих/моего ребёнка/моего иждивенца данных в соответствии с Общим регламентом Европейского союза по защите данных (GDPR), действующим с 25/05/2018.*

Я даю согласие на оказание мне/моему ребёнку медицинской услуги. Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Подпись спортсмена \_\_\_\_\_ Имя и подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_