

**FORMULARZ BADANIA PODMIOTOWEGO**

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Pesel 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data urodzenia \_\_\_\_\_ Dyscyplina \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Zakreśl właściwą odpowiedź, np.: 15. Czy przeszedłeś/łaś jakiś zabieg operacyjny? Jeśli tak to oznacz: **Tak** Nie

<p>1. Czy aktualnie czujesz się / jesteś zdrowy?      TAK    NIE</p> <p>2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś/łaś na jakąkolwiek chorobę?      TAK    NIE</p> <p>3. Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył Twój udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu?      TAK    NIE</p> <p>4. Czy chorujesz przewlekłe lub masz jakiś przewlekły problem? (cukrzycę, astmę, inne?)      TAK    NIE</p> <p>5. Czy przyjmujesz jakieś leki? ( Na receptę jak również dostępne bez recepty)?      TAK    NIE</p> <p>6. Czy kiedykolwiek zemdlłeś/łaś lub byłeś/łaś bliski omdlenia lub straciłeś przytomność?      TAK    NIE</p> <p>7. Czy kiedykolwiek odczuwałeś/łaś ból lub ucisk w klatce piersiowej?      TAK    NIE</p> <p>8. Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz (zakreśl poniżej wszystkie odpowiednie przypadki)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">wysokie ciśnienie</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">szmery w sercu</td> <td rowspan="2" style="width: 5%;"></td> <td rowspan="2" style="width: 5%;"></td> <td rowspan="2" style="width: 10%;"></td> <td rowspan="2" style="width: 5%;"></td> <td rowspan="2" style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">wysoki poziom cholesterolu</td> <td style="text-align: center;">zapalenie serca</td> </tr> </table> <p>TAK    NIE</p> <p>9. Czy kiedykolwiek lekarz zalecił Ci badanie serca? (np. EKG, Echo, Test wysiłkowy, Holter)      TAK    NIE</p> <p>10. Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekłe, stale przyjmuje leki?      TAK    NIE</p> <p>11. Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 lat?      TAK    NIE</p> <p>12. Czy miałeś/łaś kiedykolwiek złamane lub pęknięte kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna (jeśli tak zakreśl okolicę kontuzji)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;">plecy-część dolna</td> <td style="width: 10%;">szyja</td> <td style="width: 10%;">łokieć</td> <td style="width: 10%;">biodro</td> <td style="width: 10%;">Łydka / goleń</td> <td rowspan="3" style="width: 5%;"></td> <td rowspan="3" style="width: 5%;"></td> <td rowspan="3" style="width: 10%;"></td> <td rowspan="3" style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">plecy-część górna</td> <td style="text-align: center;">bark</td> <td style="text-align: center;">przed ramię</td> <td style="text-align: center;">udo</td> <td style="text-align: center;">kostka</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">klatka piersiowa</td> <td style="text-align: center;">ramię</td> <td style="text-align: center;">Dłoń / palce</td> <td style="text-align: center;">kolano</td> <td style="text-align: center;">Stopa / palce</td> </tr> </table> <p>TAK    NIE</p> <p>13. Czy zdarzyły Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kul?      TAK    NIE</p> <p>14. Czy zdarzyły Ci się sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego (MR), tomografii komputerowej (TK) lub innych badań specjalistycznych?      TAK    NIE</p>	wysokie ciśnienie	szmery w sercu						wysoki poziom cholesterolu	zapalenie serca	plecy-część dolna	szyja	łokieć	biodro	Łydka / goleń					plecy-część górna	bark	przed ramię	udo	kostka	klatka piersiowa	ramię	Dłoń / palce	kolano	Stopa / palce	<p>15. Czy byłeś/łaś lub jesteś pod stałą opieką specjalisty?      TAK    NIE</p> <p>16. Czy byłeś/łaś kiedyś przyjęty/ta do szpitala, leżałeś w szpitalu?      TAK    NIE</p> <p>17. Czy przeszedłeś/przeszłaś jakiś zabieg operacyjny?      TAK    NIE</p> <p>18. Czy jesteś uczulony/a na leki, pyłki, pokarmy lub owady?      TAK    NIE</p> <p>19. Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię?      TAK    NIE</p> <p>20. Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu?      TAK    NIE</p> <p>21. Czy stosowałeś/łaś kiedyś inhalator?      TAK    NIE</p> <p>22. Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu?      TAK    NIE</p> <p>23. Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa?      TAK    NIE</p> <p>24. Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów?      TAK    NIE</p> <p>25. Czy urodziłeś/łaś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra, lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)?      TAK    NIE</p> <p>26. Czy kiedykolwiek miałeś/łaś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę?      TAK    NIE</p> <p>27. Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy?      TAK    NIE</p> <p>28. Czy kiedykolwiek miałeś/łaś uraz głowy lub wstrząs mózgu?      TAK    NIE</p> <p>29. Czy chorowałeś/łaś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)?      TAK    NIE</p> <p>30. Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza?      TAK    NIE</p> <p>31. Czy kiedykolwiek korzystałeś/łaś z porady lekarza psychiatry?      TAK    NIE</p> <p>32. Czy przebyłeś/łaś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka?      TAK    NIE</p> <p>33. Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe?      TAK    NIE</p> <p>34. Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/łaś na wadze lub schudłeś/łaś?      TAK    NIE</p> <p>35. Czy byłeś/łaś szczepiony przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)?      TAK    NIE</p> <p>36. Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub powinieneś/powinnaś omówić z lekarzem?      TAK    NIE</p> <p>37. <i>Tylko kobiety:</i> W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek)</p> <p>38. Czy miesiączkujesz regularnie?      TAK    NIE</p>
wysokie ciśnienie	szmery w sercu																												
wysoki poziom cholesterolu	zapalenie serca																												
plecy-część dolna	szyja	łokieć	biodro	Łydka / goleń																									
plecy-część górna	bark	przed ramię	udo	kostka																									
klatka piersiowa	ramię	Dłoń / palce	kolano	Stopa / palce																									

Wyjaśnij odpowiedzi "Tak" w pytaniach od 2 do 32 wg przykładu: odp. 15 – wyrostek robaczkowy 2004 r lub 14 lat temu

Oświadczam, że zrozumiałem treść zadawanych pytań i odpowiedziałem na nie zgodnie z prawdą i najlepszą wiedzą. Wyrażam zgodę na badania, których wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia. Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badania, co celów statystycznych i naukowych.

Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia \_\_\_\_\_

Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej \_\_\_\_\_