**Фамилия, имя:** **Пол: M Ж**

**Возраст:**

**Персональный** **код:** **Место** **жительства:**

**Телефон*:*** **Е-мейл: Сп.школа/клуб:** **Tренер(ы): Вид(ы) спорта: Tрен.нагрузка: раз** **в** **неделю, 1x часов. Кол-во** **соревнований** **в** **месяц:**

**Когда** **и** **где** **проводилось** **последнее** **обследование** **у** **спортивного** **врача:**

**Лекарственные** **препараты:** укажите, пожалуйста, все лекарственные препараты - рецептурные, находящие в свободной продаже u биологически активные добавки, которые Вы принимаете в настоящее время:

Отметьте галочкой верный вариант ответа. Поясните, пожалуйста, утвердительные ответы в строке пояснений. В случае, если Вы не уверены в ответе, обведите в кружок порядковый номер соответствующего вопроса.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Общие** **вопросы** | **Да** | **Нет** |
| 1. Есть ли у Вас проблемы, по поводу которых Вы хотели бы проконсультироваться с врачом?
2. Накладывал ли когда-либо врач запреты или ограничения на Ваши занятия спортом?
3. Страдаете ли Вы на данный момент каким-либо хроническим заболеванием (напр.,

астмой, диабетом, анемией, гепатитом и т.д.)? |  |
|  |
|  |
| 4. Вы страдаете врожденным отсутствием какого-либо органа или подверглись удалениюкакого-либо органа (почки, глаза, яичка (мужчины) и т.д.)? |  |  |
| 1. Проходили ли Вы когда-либо лечение в больнице?

1. Подвергались ли Вы каким-либо хирургическим операциям?

**Пояснения:** |  |
|  |
| **Состояние** **Вашего** **сердца** | **Да** | **Нет** |
| 1. Случались ли у Вас когда-нибудь во время или после тренировки обморочные или предобморочные состояния?
2. Испытывали ли Вы когда-нибудь во время тренировки неприятное чувство, напряжение или боль в груди?
3. Проявлялись ли у Вас когда-нибудь во время тренировки нарушения сердечного ритма

(сердцебиения, пропуски сердечных сокращений и т.д.)?1. Говорил ли когда-нибудь врач, что у Вас проблемы с сердцем? Если да, уточните, какие: повышенное кровяное давление повышенное содержание холестерина миокардит врожденный порок сердца шумы сердца другое:
2. Назначал ли Вам когда-нибудь врач обследование сердца (напр., ЭКГ, эхокардиография)?
3. Испытываете ли Вы утомление или одышку быстрее/ интенсивнее, чем товарищи по тренировке?

**Пояснения:** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Состояние** **сердца** **у** **членов** **вашей** **семьи** **Да** | **Нет** |
| 1. Были ли у кого-нибудь из членов Вашей семьи или родственников в возрасте до 50-ти лет случаи инфаркта миокарда, инсульта мозга, летальные случаи из-за болезней сердца, скоропостижная смерть или реанимация после остановки сердца?
2. У кого-нибудь из членов Вашей семьи наблюдались врождённые пороки сердца, установлен кардиостимулятор или имплантирован дефибриллятор?
3. Наблюдались ли у кого-нибудь из членов Вашей семьи обмороки, судороги или случаи утопления по неясным причинам?

**Пояснения:** |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Опорно-двигательный** **аппарат** **Да** | **Нет** |
| 1. Были ли у Вас за последний год травмы костей, мышц, сухожилий и связок, вынудившие Вас пропустить тренировки или соревнования?
2. Были ли у Вас травматические переломы (трещины) кости, переломы усталости или вывихи суставов?
3. Из-за травм проходили ли Вы рентгеновское обследование, КТ, МРТ; делались ли Вам инъекции, операции; пользовались ли Вы лангетой, ортезом или костылями?
4. Пользуетесь ли Вы регулярно ортезами (бандажами, тугими повязками) или другими ортопедическими средствами защиты?
5. Есть ли у Вас повреждения костей, мышц или суставов, которые Вас беспокоят?
6. Наблюдается ли у Вас боль, отечность или покраснение какого-либо сустава?
7. Говорил ли когда-нибудь врач, что у Вас воспаление сустава или болезнь соединительной ткани?

**Пояснения:** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Общее** **состояние** **здоровья** | **Да** | **Нет** |
| 1. Появляется ли у Вас во время тренировок кашель, чихание, одышка или затрудненное дыхание?
2. Вы когда-нибудь пользовались ингалятором или лекарствами против астмы?
3. Страдает ли кто-нибудь в Вашей семье астмой?
4. Страдаете ли Вы аллергией на какие-либо лекарства, цветочную пыльцу, определенные продукты питания, насекомых и т.д.?
5. Наблюдается ли у Вас боль, болезненное образование или грыжа в паховой области?
6. Болели ли Вы в течении последнего года инфекционным мононуклеозом?
7. Страдаете ли Вы кожными заболеваниями?
8. Были ли у Вас травмы головы, вызвавшие помутнение сознания или потерю памяти?
9. Случались ли у Вас приступы судорог или заболевания, сопровождающиеся судорогами?
10. Появляется ли у Вас во время тренировки головная боль?
11. После ударов или падения наблюдалось ли у Вас продолжающее более 24 часов онемение, слабость конечностей, утрата их подвижности?
12. Чувствуете ли Вы себя плохо при тренировках в жаркую погоду?
13. Случаются ли у Вас во время тренировок частые мышечные судороги?
14. Страдаете ли Вы или кто-нибудь из членов Вашей семьи анемией или другими болезнями крови?
15. Были ли у Вас когда-нибудь проблемы со зрением или травмы глаз?
16. Носите вы очки или контактные линзы во время занятий спортом?
17. Вы довольны своим весом?
18. Пытаетесь ли Вы или кто-то указал Вам на необходимость сбросить или набрать вес?
19. Придерживаетесь ли Вы специальной диеты, избегаете определённых продуктов?
20. Наблюдались ли у Вас нарушения питания?

**Пояснения:** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Только** **для** **женщин** | **Да** | **Нет** |
| * происходит ли у Вас менструация?
* менструация происходит ежемесячно?
 |  |
|  |
| - в каком возрасте произошла первая менструация? |  |  |

**Подтверждаю, что** **ответил(а) на** **все** **вопросы** **правдиво.**

Согласен на оказание мне/ моему ребенку медицинской услуги. Число: */ /*

Подпись спортсмена Имя и подпись родителя/ опекуна