

ת.ז. _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ גיל _____ מין ז/נ _____
 כתובת _____ טלפון _____ קופת חולים _____
 גורם מפנה / קבוצה _____ ענף הספורט _____ גובה (ס"מ) _____ משקל (ק"ג) _____

שאלות

1. האם נמצאו ליקויים בבדיקת ספורטאים קודמת? **כן / לא**
2. האם עברת ברור רפואי או אושפזת אי פעם? **כן / לא**
3. האם סבלת אי פעם מהמחלות הבאות: אסטמה/ברונכיטיס אפילפסיה/מונונגלאוזיס(מחלת נשיקה)/צהבת/שחפת/סכרת כאבי ראש תכופים/פגיעות עיניים/כיב קיבה או מחלה אחרת? **כן / לא**
4. האם עברת ניתוח? **כן / לא**
5. האם אתה נוטל תרופות עכשיו באופן קבוע? **כן / לא**
6. האם אירע לך אובדן הכרה או התעלפת בזמן מאמץ או אחריו? **כן / לא**
7. האם סבלת כאבים או לחץ בחזה בזמן מאמץ? **כן / לא**
8. האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? **כן / לא**
9. האם אתה מתעייף יותר מחבריך לפעילות בזמן מאמץ? **כן / לא**
10. האם אתה סובל מיתר לחץ דם? **כן / לא**
11. האם דווח לך אי-פעם על מחלה, מום, אוושה או רשרוש בלבד? **כן / לא**
12. האם הרגשת דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב? **כן / לא**
13. האם מישוה במשפחתך נפטר מבעיות לב לפני גיל 40? **כן / לא**
14. האם התרחש במשפחתך מקרה מוות פתאומי לפני גיל 40? **כן / לא**
15. האם היה לך אי פעם זעזוע מוח או פגיעת ראש אחרת? **כן / לא**
16. האם סבלת אי פעם מתשישות קיצונית? **כן / לא**
17. האם נפצעת אי פעם(נקע/פריקה/ שבר) באחד או יותר מן הבאים: יד/כףיד/מרפק/זרוע/כתף/צוואר/גב/מותן/ירך/ברך/שוק/קידמת הרגל/כף הרגל קרסול **כן / לא**
18. האם סבלת מבעיות עור: גירוד, נקודת חן או עור שסוע? **כן / לא**
19. עישון (כיום או בעבר)? **כן / לא**
20. האם סבלת אי פעם מהתכווצויות חוסם? **כן / לא**
21. האם אבדת אי פעם הכרה בחוסם? **כן / לא**
22. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? **כן / לא**
23. האם יש לך רגישות יתר(אלרגיה) לתרופות, דבורים וכו'? **כן / לא**
24. מתי לאחרונה קבלת חיסון נגד צפדת(טטנוס)? _____
25. באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? _____
26. מתי הופיע המחזור האחרון? _____
27. האם המחזור מופיע באורח סדיר? **כן / לא**

28. הערות: במידה ואחת התשובות הינה "כן" נא לפרט: _____

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומציגים באור מלא את הרקע הרפואי שלי. ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה, אסורים ועלולים לגרום לי נזק רפואי. ידוע לי כי תוקף האישור לפעילות גופנית הינו לשנה אחת בלבד. כמו כן, אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית ומאשר/ת למסור דו"ח על תוצאות הבדיקות הרפואיות לארגון הספורט שבו אני חבר. הריני נותן הסכמתי לבדיקת בני/בתי על פי חוק הספורט ע"י מכון שער העיר המאושר ע"י משרד הבריאות. לניבדקי ארגומטריה - הנני מצהיר/ה שהוסברה לי מהות בדיקת ארגומטריה וסיכונים שבבדיקה.

חתימת הנבדק _____

חתימת ההורה לנבדק מתחת לגיל 18 _____

שם מלא + מסי ת.ז. של ההורה לנבדק מתחת לגיל 18 _____

חתימת הנבדק _____

חתימת הנבדק _____

טופס בדיקה גופנית לספורטאי

נספח 2

תאריך הבדיקה:

א.ק.ג. תקין / לא תקין _____

לחץ דם במנוחה _____ דופק במנוחה _____

1. ראש: עיניים: _____ תקין / לא תקין
2. צוואר: בלוטת התריס: _____ תקין / לא תקין
3. בטן: כבד וטחול: _____ תקין / לא תקין
4. לב: _____ תקין / לא תקין
5. דפקים פריפריים: _____ תקין / לא תקין
6. בדיקת עצמות ושרירים: _____ תקין / לא תקין
7. מיפרקים: (תנועה, סימטריות, רפיון, יציבות ברכיים) _____ תקין / לא תקין
8. גפיים וכפות רגלים: (דפורמציה, צליעה, כח) _____ תקין / לא תקין

פירוט ממצאים חיוביים: _____

כשיר לפעילות בענף ספורט _____ כשיר לפעילות בהגבלה _____

מדי טסט

חותמת התחנה לרפואת הספורט _____

חותמת וחתימה רופא ספורט מוסמך _____