

Centrum zátěžové medicíny Interní kliniky Fakultní nemocnice Ostrava

Dotazník k tělovýchovně lékařskému vyšetření:

Jméno sportovce:

Rodné číslo:

Jaká závažnější onemocnění jste prodělal(a):

Angíny ANO NE

Zánět mozkových blan ANO NE

Stavy bezvědomí ANO NE

Máte zrakové potíže ANO NE

Sluchové potíže ANO NE

Byl(a) jste někdy hospitalizován(a), pokud ano, tak proč:

.....

Byl(a) jste někdy operován(a), pokud ano, tak proč:

.....

Které závažnější úrazy jste prodělal(a) a jaké zanechaly následky:

.....

Pokud máte alergii, tak na které látky:

Máte nějaké současné zdravotní potíže,

jaké.....

Berete nějaké léky nebo přípravky, pokud ano,

jaké.....

Zkolaboval(a) jste někdy nebo omdlel(a) během cvičení?

ANO NE

Měl(a) jste někdy pocit svírání na hrudi během cvičení?

ANO NE

Vyvolal někdy běh svírání na hrudi?

ANO NE

Měl(a) jste někdy pocit svírání na hrudi, pískání a kašle, který by zhoršoval váš sportovní výkon?	ANO	NE
Léčil(a) jste se někdy pro astma?	ANO	NE
Měl(a) jste někdy celotělové křeče spojené s bezvědomím	ANO	NE
Měl(a) jste někdy jakékoliv problémy se srdcem?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte revmatickou horečku?	ANO	NE
Bral(a) jste v posledních dvou letech nějaké léky?	ANO	NE
Byl(a) jste někdy dušný(á) při sportu?	ANO	NE
Bolelo vás někdy na hrudi při tělesné námaze, sportu?	ANO	NE
Cítil(a) jste někdy náhlé bušení srdce nebo nepravidelnost (výpadky) tepu?	ANO	NE
Unavíte se rychleji při sportu než vaši soupeři či spoluhráči?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte šelest na srdci?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte srdeční arytmií?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte epilepsii?	ANO	NE
Doporučil vám někdy někdo, abyste ze zdravotních důvodů zanechal(a) sportu?	ANO	NE
Bylo vám někdy řečeno, že máte vysoký krevní tlak?	ANO	NE

Máte obtíže s dýcháním nebo záchvaty kašle během nebo po sportovní činnosti? ANO NE

Zemřel někdo v rodině náhlou smrtí před 50. rokem věku? ANO NE

Trpěl někdo v rodině před 50. rokem věku

- opakovanými stavy bezvědomí? ANO NE

- závažnou arytmií? ANO NE

Onemocněl někdo v rodině před 50. rokem věku

- tak vážně, že musel mít operaci srdce? ANO NE

- tak, že má voperován kardiostimulátor nebo defibrilátor? ANO NE

Měl někdo v rodině před 50. rokem věku nevysvětlitelnou autonehodu? ANO NE

Má někdo v rodině Marfanův syndrom? ANO NE

Otázky pro sportovce starší 35 let:

Míváte někdy bolesti na hrudi? ANO NE

Objevují se bolesti při tělesné námaze? ANO NE

Jaká je bolest na hrudi – (zatrhněte) svíravá, tlaková, pálivá, píchavá, bodová?

Je bolest provázena dušností, pocitem na zvracení? ANO NE

Vymizí bolesti na hrudi poté,

co tělesnou námahu zmírníte nebo přerušíte?

ANO NE

Míváte pocity nedostatečného dechu?

ANO NE

Máte pocit výrazného snížení výkonnosti?

ANO NE

Prodělal jste někdy zánět žil na dolních končetinách?

ANO NE

Prodělal někdo z rodinných příslušníků srdeční infarkt nebo

cévní mozkovou příhodu?

ANO NE

Pokud ano, v kolika letech?

ANO NE

Léčíte se pro zvýšenou hladinu cholesterolu ?

ANO NE

Kouříte nebo jste kouřil v minulosti?

ANO NE

Důvody pracovní neschopnosti (či nepřítomnosti při školní výuce včetně vysokých škol) delší než jeden měsíc za poslední tři roky:

.....
.....

Potvrzuji svým podpisem, že údaje dotazníku vyplněné příslušným praktickým lékařem jsou kompletní včetně souhrnu vyšetření odborných lékařů. Potvrzuji svým podpisem, že jsem nepobíral či nepobírám invalidní důchod.

Jsem si plně vědom všech (právních) důsledků zatajení informací o mém zdravotním stavu (platí u sportovců starších 18 let) či o zatajení informací o zdravotním stavu dcery či syna (platí sportovců mladších 18 let).

Datum

.....
Podpis sportovce (u sportovců mladších 18 let podpis matky nebo otce).

.....