מכון 1 - מרכז לרפואת ספורט

הגליל 69, ת.ד. 549, כפר-סבא טל. 09-7676899 פקס. 09-7676759

אנא קרא בעיון את ההוראות!!!

סמן בעיגול:
קופ"ח מכבי / מאוחדת / כללית / לאומית
ביטוח משלים כן / לא

תאריך הבדיקה: _____
מקום הבדיקה: _____

לשימוש משרד:
שולם
למשלום
שיטת האמרה

טופס בדיקה רפואית

נבדק נכבד, עליך למלא בהקפדה את פרטיך האישיים, את פרטי הקבוצה בטופס ואת השאלון הרפואי ולחתום במקום המיועד
לנבדק מתחת לגיל 18 השאלון ימולא וייחתם ע"י ההורים.

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

ת.ז. _____ שנת לידה: _____ משקל: _____ גובה: _____ מין ז / נ

רחוב: _____ מספר: _____ עיר: _____ טלפון: _____

שם הקבוצה: _____ ענף ספורט: _____

שאלון רפואי (נא להקיף בעיגול):

1. האם אושפת אי פעם: _____ כן / לא
   סיבת האשפוז: _____ שנה: _____
2. האם עברת ניתוח: _____ כן / לא
   סוג הניתוח: _____ שנה: _____
3. האם אתה סובל/סבלת מאסטמה _____ כן / לא
4. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע: _____ כן / לא
5. האם יש לך רגישות יתר/אלרגיה לתרופות לדברים וכו'? _____ כן / לא
6. האם ארע לך אירוע של איבוד הכרה או התעלפות בזמן מאמץ? _____ כן / לא
7. האם סבלת כאביב בחזה בזמן מאמץ? _____ כן / לא
8. האם אתה מרגיש באופן מיוחד בעקבות מאמץ? _____ כי / לא
9. האם אתה סובל מהתנ לחץ דם? _____ כן / לא
10. האם סבלת מסחרחורות בזמן מאמץ? _____ כן / לא
11. האם דווח לך אי פעם על אושה או רשרוש בלבך? _____ כן / לא
12. האם היתה לך תחושה של דפיקות לב עזות או רופר פעימות לב? _____ כן / לא
13. האם מישהו במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי לפני שמלאו לו 40 שנה: פרט: _____ כן / לא
14. האם אתה סובל מבעיות עור (גידול, נקודות חן או עור שפוע)? _____ כן / לא
15. האם נפגעת פגיעת ראש אי פעם? _____ כן / לא
16. האם היה לך זעזוע מוח? _____ כן / לא
17. האם סבלת בעבר מכאבי ראש קשים? _____ כן / לא
18. האם סבלת אי פעם מהמחלות הבאות: מחלת הנשיקה, צהבת, שחפת, סוכרת, כאבי ראש תכופים, פגיעות בעינים, כיב קיבה פרט: _____
19. האם נפצעת אי פעם באחד או יותר מן האברים הבאים: (נקב, פריקה או שבר) יד, צוואר, גב, רגל פרט: _____
20. האם סבלת אי פעם מהתכווצויות חום? _____ כן / לא
21. האם אבדת אי פעם הכרה בחום? _____ כן / לא
22. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? _____ כן / לא
23. מתי קיבלת האחרונה חיסון נגד צדפת (טטנוס)? _____ כן / לא

לבנות בלבד!

24. באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? _____
25. מתי הופיע המחזור האחרון? _____
26. האם המחזור מופיע באורח סדיר? _____ כן / לא
27. הסברים נוספים בעקבות התשובות לשאלות 1-25 _____

מכוצאים:

א.ק.ג. במנוחה: _____ לחץ דם בסנוחה: _____
דופק במנוחה: _____ פעימות לדקה _____
בית חזה: לב: _____ ריאות: _____

בדיקה גופנית:

ראש: עיניים _____ אזניים: _____ אף וגרון: _____
בטן: כבד: _____ טחול: _____ עור: _____
מפשעה (שבר, בלוטות לימפה) _____ אברי מין: _____
צוואר: בלוטת התריס: _____ קשרי לימפה _____
בדיקת עצמות השדיים (בדיקה אורטופדית) _____
מפרקים (היקף ותנועה, סימטריה וליפיון, יציבות ברכיים) _____
גפיים (דפורמציות, צלעה, כו') _____ כפות רגליים (דפורמציות) _____

א.ק.ג. במאמץ: _____ א.ק.ג. בהתאוששות: _____

אופניים

דקה	עומס	דופק	לחץ דם
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

מסילה

שלב	דופק	לחץ דם
I		
II		
III		
IV		
V		
VI		

התאוששות:

דקה	דופק	לחץ דם
1		
2		
3		
4		
5		

סיכום תלונות במאמץ
(שאר שאל כביב המבחנים)

1. ללא תלונות
2. כאבים בחזה
3. קיצר נשימה
4. סחרחרת
5. התעלפות
6. בחילה
7. כאב ראש
8. כאב רגלים
9. אחר. פרט:

סיבות הפסקת מאמץ

1. מאמץ מירבי
2. כאבים בחזה
3. קיצר נשימה
4. שינויים באק.ג.
5. כאבי רגליים
6. עייפות כללית
7. אחר. פרט:

תגובות לחץ דם:

1. תקינה
2. גבוהה
3. נמוכה
4. שטוחה

הצהרה הנני מצהיר בזאת כי כל הידיעות שמסרתי לעיל על מצבי הרפואי בעבר ובהווה הינן מלאות ונכונות
הנני מתיר למסור את טופס הבדיקה הרפואית התקופתית למי שהפנה אותי לבדיקה זו.

חתימת הנבדק: _____ **שם ההורה:** _____ **ת.ז.** _____ **חתימת הורה/אפוטרופוס:** _____

מסקנות: לאחר שביצעתי את הבדיקות האמורות לעיל, מצאתי כי השחקן הנבדק:

☐ כשיר לפעילות ספורטיבית ללא כל הגבלה. ☐ כשיר לפעילות ספורטיבית בהגבלות הבאות: _____
☐ לבצע את הבדיקות הבאות: א. _____ ב. _____
☐ בלתי כשיר לפעילות ספורטיבית

אישורים רפואיים

חתימת הרופא הבודק | חותמת הרופא הבודק | חתימת הרופא האחראי | חותמת הרופא האחראי

מכון 1 - לבדיקות רפואיות
חותמת התיחה לספורט

V1126202055 PAGE: 1/1 * RCVD AT 19/09/2011 10:50:13 [Jerusalem Daylight Time] * SVR: FAXV/9 * DNIS: 8777 * CSID: 035789973
V1126102328 PAGE: 1/1 * RCVD AT 18/09/2011 11:31:24 [Jerusalem Daylight Time] * SVR: FAXV/12 * DNIS: 8777 * CSID: 035789973