

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno- Lecznicze w Lublinie
WYWIAD PROFILAKTYCZNY

BADANIE PODMIOTOWE PORADNI MEDYCYNY SPORTOWEJ

(wypełnia badany, a w przypadku dzieci i młodzieży do 16 roku życia rodzic lub opiekun prawny)

Imię i nazwisko badanego.....PESEL.....

Data badania:.....Dyscyplina sportowa.....Telefon.....

Przy postawionych pytaniach należy zakreślić prawidłową odpowiedź.

A. Czy kiedykolwiek lekarz nie wydał badanemu zgody na udział w zajęciach sportowych, jeżeli tak to z jakiego powodu ?	Nie	Tak	
B. Czy badany był leczony lub jest w trakcie leczenia chorób:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzaj choroby, urazu, orientacyjna data wystąpienia , okres i sposób leczenia (leczenie w przychodni, szpitalu, operacje, leczenie w poradni specjalistycznej)
1. Układu oddechowego (w tym problemy astmatyczne) ?	Nie	Tak	
2. Układu sercowo-naczyniowego ?	Nie	Tak	
3. Krwi (w tym zaburzeń wchłaniania żelaza, niedokrwistości) ?	Nie	Tak	
4. Endokrynologicznych i metabolicznych (w tym cukrzyca, choroby tarczycy) ?	Nie	Tak	
5. Układu moczowo-płciowego ?	Nie	Tak	
6. Układu nerwowego (w tym padaczka, epizody utraty przytomności) ?	Nie	Tak	
7. Układu narządów ruchu (w tym urazy kończyn górnych i dolnych , kręgosłupa) ?	Nie	Tak	
8. Układu pokarmowego ?	Nie	Tak	
9. Urazy głowy ?	Nie	Tak	
10. Zaburzenia psychiczne (czy korzystałeś/aś z porady lekarza psychiatry) ?	Nie	Tak	
11. Zaburzenia wzroku?	Nie	Tak	
12. Zaburzenia słuchu ?	Nie	Tak	
13. Choroby skóry ?	Nie	Tak	
14. Wady wrodzone ?	Nie	Tak	
15. Uczulenia (rodzaj substancji) ?	Nie	Tak	
C. Inne problemy zdrowotne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Aktualne dolegliwości i/lub przyjmowane obecnie leki ?	Nie	Tak	
2. Czy w rodzinie występowały choroby serca, cukrzyca, choroby dziedziczne –jakie ?	Nie	Tak	
3. Uzależnienia od alkoholu, środków odurzających , leków, palenie papierosów (szt./dzień) ?	Nie	Tak	

Dotyczy kobiet : I miesiączka w wieku.....lat, czy miesiączkuje regularnie - tak/nie?

Oświadczam, że zrozumiałem/lam treść postawionych pytań i odpowiedziałem/am na nie zgodnie z moją najlepszą wiedzą wyczerpująco i prawdziwie. Wyrażam zgodę na wykonanie badań niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

.....
 Data i podpis badanego powyżej 16 roku życia

.....
 Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej