

Formularz medyczny zawodnika – Historia zdrowia

(Wypełnia rodzic / opiekun prawny)

Imię i nazwisko zawodnika: _____ Oddział Regionalny _____

Data urodzenia (dd/mm/rrrr): _____ kobieta mężczyzna

Kraj: Polska Email i / lub telefon zawodnika: _____

Czy zawodnik ma (zaznacz x jeśli dotyczy):

- Autyzm Zespół Downa Zespół łamliwego chromosomu X
 Porażenie mózgowie Alkoholowy zespół płodowy
 Inne, proszę sprecyzować: _____

ALERGIE I DIETY

- Nie ma alergii
 Lateks
 Leki: _____
 Ukąszenia owadów: _____
 Pokarmy: _____

Czy zawodnik używa (zaznacz jeśli dotyczy):

- Aparat ortodontyczny Kolostomia Urządzenia do komunikacji
 Maski do leczenia bezdechu sen. Kule lub balkonik Protezy dentystyczne
 Okulary lub szkła kontakt. Gastro lub Jejunostomia Aparat słuchowy
 Wszczepy Inhalator Rozrusznik serca
 Protezy odpinane Unieruchomienia Wózek

Wymagania specjalnej diety: _____

Dyscyplina sportu, w której będzie startował zawodnik w Kazaniu:

Czy kiedykolwiek były przeciwwskazania medyczne, do uprawiania sportu?

- Nie tak *Jeśli tak to opisz:* _____

Przebyte operacje, infekcje, szczepienia

Przebyte operacje: _____

Czy zawodnik aktualnie ma przewlekłą lub ostrą infekcję?

- Nie tak *Jeśli tak to opisz:* _____

Czy zawodnik miał kiedykolwiek nieprawidłowy Elektrokardiogram lub Echokardiogram *Jeśli tak to opisz kiedy i jaki był wynik*

- Tak, miał nieprawidłowe EKG
 Tak, miał nieprawidłowe Echo

Czy zawodnik miał szczepienie przeciw tężcowi w ciągu ostatnich 7 lat? Nie Tak

Epilepsja i/lub inne napady

Epilepsja lub inny rodzaj zaburzeń napadowych Nie Tak

Jeśli tak to jakie zaburzenie: _____

Jeśli tak to czy były ataki w trakcie ostatniego roku? Nie Tak

Zdrowie psychiczne

Samookaleczenia w ciągu ostatniego roku Nie Tak **Depresja (zdiagnozowana)** Nie Tak
 Agresywne Zachowania w ciągu ostatniego roku Nie Tak **Lęki (zdiagnozowany)** Nie Tak

Proszę opisać inne problemy psychiczne zawodnika: _____

Problemy zdrowotne występujące w rodzinie

Czy ktoś z krewnych zmarł na serce przed wiekiem 50 lat? Nie Tak

Czy ktoś z krewnych zmarł w trakcie wysiłku fizycznego? Nie Tak

Wymień wszystkie problemy medyczne występujące w rodzinie zawodnika: _____

Formularz medyczny zawodnika – Historia zdrowia

(Wypełnia rodzic / opiekun prawny)



Imię i nazwisko zawodnika: _____ Oddział Regionalny _____

Proszę wskazać czy zawodnik przebył / ma, któreś z poniższych (zaznacz właściwe):

Utrata przytomności	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Wysokie ciśnienie krwi	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Udar/ Przemijający napad niedokrwieny	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Zawroty głowy podczas lub po ćwiczeniach	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Wysoki cholesterol	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Wstrząśnienie mózgu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Bóle głowy podczas lub po ćwiczeniach	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Utrata wzroku	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Astma	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Bóle w kl. piersiowej podczas lub po ćwiczeniach	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Utrata słuchu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Krótki oddech podczas lub po ćwiczeniach	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Powiększenie śledziony	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Nieregularne, nagle itp. uderzenia gorąca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Pojedyncza nerka	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Zaburzenia dyzuryczne	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Wrodzone wady serca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Osteoporoza	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Rozszczep kręgosłupa	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Atak serca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Osteopenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Artretyzm	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Kardiomiopatia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Anemia sierpowata	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Przegrzanie, udar słoneczny	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Wady zastawek serca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Cechy sierpowatych krwinek	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Złamania	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Szmery w sercu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Częste krwawienia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Skręcenia stawów	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Zapalenie wsierdzia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli kobieta, data ostatniej menstruacji: _____			

Opisz przebyte złamania kości i skręcenia stawów: (Jeśli zaznaczono powyżej):

Wymień inne trwające lub przeszłe problemy ze zdrowiem zawodnika:

Neurologiczne symptomy kompresji rdzenia kręgowego lub niestabilności w stawie szczytowo-obrotowym

Nietrzymanie stolca lub moczu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Drętwienie lub mrowienie nóg, rąk, dłoni albo stóp	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Słabość nóg, rąk albo stóp	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Pieczenie, kłucie, uszkodzenie nerwu lub ból w szyi, plecach, ramion, rąk, dłoni, pośladków, nóg oraz stóp	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Kręczy szyi	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Spastyczność	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Paraliż	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

Wymień zażywane lekarstwa, witaminy lub suplementy diety

(włączając inhalatory, środki antykoncepcyjne lub terapie hormonalne)

Nazwa leku, witaminy lub suplementu	Dawka	Ile razy dziennie	Nazwa leku, witaminy lub suplementu	Dawka	Ile razy dziennie	Nazwa leku, witaminy lub suplementu	Dawka	Ile razy dziennie

Czy zawodnik potrafi sam zażywać swoje leki?

Nie Tak

Czytelny podpis wypełniającego formularz

Związek z zawodnikiem

Tel. Kom.

Email

Formularz medyczny zawodnika – Badanie Medyczne

(Wypełnia lekarz)



Imię i nazwisko zawodnika: _____ Oddział Regionalny _____

INFORMACJA MEDYCZNA

(Wypełnia lekarz)

Wzrost	Waga	BMI (opcjonalne)	Temperatura	Puls	O ₂ Sat	Ciśnienie		Wzrok		
cm	kg	BMI	C			Ciś. Prawa:	Ciś. Lewa:	Prawe albo	20/40 lub lepiej	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> N/A
		Tłuszczu %						Lewe 20/40 albo lepiej	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> N/A	
Słyszenie prawe	<input type="checkbox"/> Odpowiada <input type="checkbox"/> Nie odpowiada <input type="checkbox"/> Nie można ocenić					Perystaltyka jelit	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak			
Słyszenie lewe	<input type="checkbox"/> Odpowiada <input type="checkbox"/> Nie odpowiada <input type="checkbox"/> Nie można ocenić					Powiększenie wątroby	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak			
Prawy kanał słuchowy	<input type="checkbox"/> Czysty <input type="checkbox"/> Woskowina <input type="checkbox"/> Ciało obce					Powiększenie śledziony	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak			
Lewy kanał słuchowy	<input type="checkbox"/> Czysty <input type="checkbox"/> Woskowina <input type="checkbox"/> Ciało obce					Tkliwość brzucha	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> PGK <input type="checkbox"/> PDK <input type="checkbox"/> LGK <input type="checkbox"/> LDK			
Prawa błona bębenkowa	<input type="checkbox"/> Czysta <input type="checkbox"/> Perforacja <input type="checkbox"/> Infekcja <input type="checkbox"/> NA					Objaw Goldflama	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Prawa <input type="checkbox"/> Lewa			
Lewa błona bębenkowa	<input type="checkbox"/> Czysta <input type="checkbox"/> Perforacja <input type="checkbox"/> Infekcja <input type="checkbox"/> NA					Odruchy praw. Gór. kończyny	<input type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> Zmniejszone <input type="checkbox"/> Hiperrefleksja			
Higiena jamy ustnej	<input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Średnia <input type="checkbox"/> Słaba					Odruchy lew. Gór. kończyny	<input type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> Zmniejszone <input type="checkbox"/> Hiperrefleksja			
Powiększenie tarczycy	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak					Odruchy praw. dol. kończyny	<input type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> Zmniejszone <input type="checkbox"/> Hiperrefleksja			
Pow. węzłów chłonnych	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak					Odruchy lew. dol. kończyny	<input type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> Zmniejszone <input type="checkbox"/> Hiperrefleksja			
Szmer w sercu (poz. leżąca)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1/6 lub 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 lub więcej					Zaburzenia chodu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, opis			
Szmer w sercu (poz. pion)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1/6 lub 2/6 <input type="checkbox"/> 3/6 lub więcej					Spastyczność	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, opis			
Rytm serca	<input type="checkbox"/> Regularne <input type="checkbox"/> Nieregularne					Drżenie	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, opis			
Płuca	<input type="checkbox"/> Czyste <input type="checkbox"/> Nie czyste					Ruchomość szyi i pleców	<input type="checkbox"/> Pełna <input type="checkbox"/> Nie pełna, opis			
Obrzęk prawej nogi	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+					Ruchomość kończyn górnych	<input type="checkbox"/> Pełna <input type="checkbox"/> Nie pełna, opis			
Obrzęk lewej nogi	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+					Ruchomość kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Pełna <input type="checkbox"/> Nie pełna, opis			
Symetria Tętna nad tętnicami promieniowymi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> P>L <input type="checkbox"/> L>P					Siła kończyn górnych	<input type="checkbox"/> Pełna <input type="checkbox"/> Nie pełna, opis			
Sinica	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, opis					Siła kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Pełna <input type="checkbox"/> Nie pełna, opis			
Palce Pałeczkowate	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, opis					Utrata czucia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, opis			

Kompresja rdzenia kręgowego i niestabilność w stawie szczytowo-obrotowym (zaznacz jedno)

- Zawodnik nie ma żadnych neurologicznych lub fizycznych objawów, które mogą być powiązane z kompresją rdzenia kręgowego lub niestabilnością w stawie szczytowo-obrotowym.
- Zawodnik ma neurologiczne lub fizyczne objawy, które mogą być powiązane z kompresją rdzenia kręgowego lub niestabilnością w stawie szczytowo-obrotowym i wymaga dodatkowej neurologicznej diagnozy w celu oceny ryzyka uszkodzenia rdzenia kręgowego aby zostać dopuszczonym do uprawiania sportu.

! TYLKO W POLSKIEJ WERSJI FORMULARZA ! – SKREŚLENIE NIE DYSKWALIFIKUJE ZAWODNIKA Z UDZIAŁU W IGRZYSKACH
Zawodnik może uczestniczyć w zajęciach rekreacyjnych w środowisku wodnym (jeśli są przeciwwskazania należy skreślić to zdanie lub wpisać w „ograniczeniach” przeciwwskazania).

Dopuszczenie zawodnika do udziału w Igrzyskach (wypełnia lekarz)

Lekarze: Zaleca się aby badający zapoznał się z historią medyczną zawodnika razem z opiekunem przed badaniem. Jeśli zawodnik wymaga dalszej medycznej oceny proszę użyć formularza Olimpiad Specjalnych - Dalszej Medycznej Oceny (strona 4) w celu dopuszczenia zawodnika do zawodów.

- Ten zawodnik może uczestniczyć w zawodach Olimpiad Specjalnych bez ograniczeń.
- Ten zawodnik może uczestniczyć w zawodach Olimpiad Specjalnych z pewnymi ograniczeniami. Opis → _____
- Ten zawodnik **NIE MOŻE teraz uczestniczyć** w zawodach Olimpiad Specjalnych i musi zostać poddany dalszemu badaniu lub leczeniu:
- Badanie kardiologiczne Ostra infekcja Nasylenie tlenem mniejsze niż 90%
- Badanie neurologiczne Nadciśnienie stopnia 2 lub wyższego Powiększenie wątroby lub śledziony
- Inne, wymień: _____

Dodatkowe uwagi lekarza i zalecane (ale nie wymagane) konsultacje:

- zalecana konsultacja kardiologiczna zalecana konsultacja neurologiczna zalecana konsultacja internistyczna
- zalecana konsultacja okulistyka zalecana konsultacja laryngologiczna zalecana konsultacja dentycka
- zalecana konsultacja podiatryczna zalecana konsultacja fizykoterapeutyczna zalecana konsultacja dietetyczna
- Inne badania uwagi: _____

Podpis i pieczęć lekarza (z numerem prawa wykonywania zawodu) *		Nazwisko:
Data		E-mail:
		Telefon:

Formularz dalszej oceny dalszej oceny medycznej Zawodnika (wypełnia lekarz)



Imię i nazwisko zawodnika: _____ Oddział Regionalny _____

Ten formularz jest wypełniany tylko w przypadku gdy lekarz nie dopuszcza zawodnika (strona 3 - Dopuszczenie zawodnika do udziału w Igrzyskach) i wymaga dalszego badania lub leczenia. Zawodnik powinien mieć ze sobą wypełnione strony 1-3 niniejszego formularza podczas wizyty u specjalisty.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Specjalność: _____

Zostałem poproszony o wykonanie dodatkowego badania zawodnika ze względu na :

- Wątpliwości Kardiologiczne Ostra infekcja Nasycenie tlenem mniejsze niż 90%
 Wątpliwości Neurologiczne Nadciśnienie stopnia 2 lub wyższego Powiększenie wątroby lub śledziony
 Other, please describe:

Według mojej oceny, ten zawodnik może uczestniczyć w zawodach Olimpiad Specjalnych (wskaż ewentualne ograniczenia i uwagi poniżej):

Tak Tak, ale z ograniczeniami (*patrz niżej*) Nie

Dodatkowe uwagi lekarza / Ograniczenia:

E-mail lekarza: _____

Telefon Lekarza: _____

Numer prawa wykonywania zawodu: _____

Podpis lekarza i pieczęć*

Data

*W tym miejscu konieczny jest podpis lekarza na formularzu angielskim