

מרומ

מומחים לשירותי בריאות

תאריך הבדיקה: _____

חבר קופ"ח: כללית מושלם לאומית

מכבי מאוחדת

שאלון רפואי

למילוי על-ידי הנבדק

מקום הבדיקה: _____

מין: ז נ

משקל: _____ ק"ג גובה: _____ ס"מ

עיר: _____

שם: _____ משפחה: _____

ת.ז.: _____ טלפון: _____

שם הקבוצה: _____ ענף: _____

תאריך לידה: _____ כתובת: _____

שאלון רפואי (נא להקיף בעיגול)

- האם אושפזת אי פעם? _____ שנה _____
 - האם עברת ניתוח? _____ שנה _____
 - האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? _____
 - האם יש לך רגישות יתר/אלרגיה לתרופות/לדבורים? _____
 - האם ארע לך ארוע של אבוד הכרה בזמן מאמץ? _____
 - האם סבלת מכאבים בחזה בזמן מאמץ? _____
 - האם אתה מתעייף יותר מחבריך בזמן מאמץ? _____
 - האם אתה סובל מיתר לחץ דם? _____
 - האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? _____
 - האם דווח לך אי פעם על אוושה או רשרוש או אירוע מוחי לבבי? _____
 - האם היתה תחושה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימות לב? _____
 - האם מישוה במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי לפני שמלאו לו 40? _____
 - האם אתה סובל מבעיות עור (גירוד, נקודות חן, או עור שסוע)? _____
 - האם נפגעת פגיעת ראש אי פעם? _____
 - האם היה לך זעזוע מח? _____
16. האם סבלת אי פעם מאחת המחלות הבאות: _____
- | | | | | | |
|----------|---------|-------|---------|-----------------|---------|
| צהבת | כן / לא | שחפת | כן / לא | כאבי ראש תכופים | כן / לא |
| כיב קיבה | כן / לא | סוכרת | כן / לא | פגיעות בעיניים | כן / לא |
- או מחלה אחרת, פרט: _____
17. מחלת הנשיקה (מונוקלאוזיס) _____ כן / לא פרט: _____
- האם נפצעת אי פעם באחד או יותר מן הבאים: (נקע, פריקה או שבר)?
- | | | | | | |
|-------------|---------|-------|---------|----------------|---------|
| יד | כן / לא | כתף | כן / לא | ירך | כן / לא |
| שורש כף היד | כן / לא | צוואר | כן / לא | ברך | כן / לא |
| זרוע | כן / לא | גב | כן / לא | שוק (קדמת רגל) | כן / לא |
| מפרק | כן / לא | מותן | כן / לא | כף רגל | כן / לא |
18. האם סבלת אי פעם מהתכווצויות חוסם? _____ כן / לא
19. האם אבדת אי פעם הכרה בחוסם? _____ כן / לא
20. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? _____ כן / לא
21. מתי קבלת לאחרונה חיסון נגד צפדת? (טטנוס)? _____
22. באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? _____
23. מתי הופיע המחזור האחרון? _____
24. האם המחזור מופיע באופן סדיר? _____ כן / לא
25. הסברים נוספים בעקבות התשובות לשאלות 1-25 _____

לניבדקות בלבד

הצהרה: הנני מצהיר בזאת כי כל הידיעות שמסרתי לעיל על מצבי הרפואי בעבר ובהווה הינן מלאות ונכונות, הנני מתיר למסור את טופס הבדיקה הרפואית למי שהפנה אותי לבדיקה זו. **חתימת הנבדק:** _____ שם ההורה: _____ ת.ז.: _____

חתימת הורה/אפוטרופוס _____

למילוי על-ידי הרופא

בדיקה גופנית

ראש: עיניים _____ אזניים _____ אף וגרון _____
בטן: כבד _____ טחול _____ עור _____
מפשעה: (שבר בלוטו לימפה) _____ אברי מין: _____
בית חזה לב: _____ ריאות: _____ דפקים פרפריים: _____

צוואר בלוטת התריס: _____ קשרי לימפה: _____
בדיקת עצמות ושרירים (בדיקה אורטופדית): _____

ממצאים

א.ק.ג. במנוחה _____ א.ק.ג. במאמץ _____ א.ק.ג. בהתאוששות _____
דופק במנוחה: _____ פעימות לדקה. לחץ דם: _____
הבדיקה בוצעה על אופניים/מסילה _____ בדיקה בוצעה לפי פרוטוקול BRUCE _____

ממצאים: לאחר שביצעתי את הבדיקות האמורות לעיל, מצאתי כי השחקן הנבדק: כשיר לפעילות ספורטיבית ללא הגבלה. כשיר לפעילות ספורטיבית בהגבלות הבאות: _____
 בלתי כשיר לפעילות ספורטיבית _____ א. _____ ב. _____

מיפריקים (היקף תנועה, סימטריה ורפיון, יציבות ברכיים) _____
גפיים (דפורמציות, צליעה כח) _____ כפות רגליים (דפורמציות) _____
תלונות במאמץ _____
סיבת הפסקת מאמץ _____
תגובת לחץ דם _____
הערות: _____

תחנה לרפואת ספורט _____ חותמת התחנה לספורט _____
מרומ - שרותי בריאות בע"מ _____ חתימת הרופא האחראי _____

זימון תורים
04-9020900

מרומ עפולה - יהושוע חנקין 34, בית עטרת, קומה 2, פקס: 04-9020911
מרומ ק.ביאליק - שד' בן-גוריון 63, צומת צבר, קומה 8 פקס: 04-9020901