

# FORMULARZ BADANIA PODMIOTOWEGO

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Pesel 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data urodzenia \_\_\_\_\_ Dyscyplina \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod \_\_\_\_\_

**Zakreśl właściwą odpowiedź, np.: 15. Czy przeszedłeś/aś jakiś zabieg operacyjny? Jeśli tak to oznacz: Tak Nie**

- |  |                   |                |                            |                 |                   |       |        |        |             |                   |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |  |
|--|-------------------|----------------|----------------------------|-----------------|-------------------|-------|--------|--------|-------------|-------------------|------|------------|-----|--------|------------------|-------|------------|--------|-------------|--|
| <p>1 Czy aktualnie czujesz się/ jesteś zdrowy? Tak Nie</p> <p>2 Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę? Tak Nie</p> <p>3 Czy kiedykolwiek lekarz odmówił zgody lub ograniczył udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu? Tak Nie</p> <p>4 Czy chorujesz przewlekłe lub masz jakiś przewlekły problem?(np. cukrzycę, astmę inne)? Tak Nie</p> <p>5 Czy przyjmujesz jakieś leki? (na receptę jak również dostępne bez recepty) Tak Nie</p> <p>6 Czy kiedykolwiek zemdlałeś/aś lub byłeś/aś bliski/a omdlenia lub straciłeś/aś przytomność? Tak Nie</p> <p>7 Czy kiedykolwiek odczuwałeś/aś ból lub ucisk w klatce piersiowej? Tak Nie</p> <p>8 Czy kiedykolwiek lekarz powiedział Ci, że masz (zakreśl poniżej wszystkie odpowiednie przypadki)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">wysokie ciśnienie</td> <td style="width: 50%;">szmery w sercu</td> </tr> <tr> <td>wysoki poziom cholesterolu</td> <td>zapalenie serca</td> </tr> </table> <p>9 Czy kiedykolwiek lekarz zalecił Ci badanie serca? (np. EKG, Echo, Test wysiłkowy, Holter) Tak Nie</p> <p>10 Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekłe, stale przyjmuje leki? Tak Nie</p> <p>11 Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50lat? Tak Nie</p> <p>12 Czy miałeś/aś kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli tak zakreśl poniżej okolice)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Plecy-część dolna</td> <td style="width: 20%;">Szyja</td> <td style="width: 20%;">Łokieć</td> <td style="width: 20%;">Biodro</td> <td style="width: 20%;">Łydka/Goleń</td> </tr> <tr> <td>Plecy-część górna</td> <td>Bark</td> <td>Przedramię</td> <td>Udo</td> <td>Kostka</td> </tr> <tr> <td>Klatka piersiowa</td> <td>Ramię</td> <td>Dłoń/Palce</td> <td>Kolano</td> <td>Stopa/Palce</td> </tr> </table> <p>13 Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, ortez, aparatów korekcyjnych lub kuli? Tak Nie</p> <p>14 Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego(MR), tomografii komputerowej(TK), USG lub innych badań specjalistycznych? Tak Nie</p> | wysokie ciśnienie | szmery w sercu | wysoki poziom cholesterolu | zapalenie serca | Plecy-część dolna | Szyja | Łokieć | Biodro | Łydka/Goleń | Plecy-część górna | Bark | Przedramię | Udo | Kostka | Klatka piersiowa | Ramię | Dłoń/Palce | Kolano | Stopa/Palce | <p>15 Czy byłeś/łaś lub jesteś pod stałą opieką lekarza specjalisty? Tak Nie</p> <p>16 Czy byłeś/łaś kiedyś przyjęty/a do szpitala, leżałeś w szpitalu? Tak Nie</p> <p>17 Czy przeszedłeś jakiś zabieg operacyjny? Tak Nie</p> <p>18 Czy jesteś uczulony/a na leki pyłki, pokarmy czy owady? Tak Nie</p> <p>19 Czy kiedykolwiek lekarz rozpoznał u Ciebie alergię? Tak Nie</p> <p>20 Czy podczas lub po ćwiczeniach kaszlesz, masz świszczący oddech lub trudności w oddychaniu? Tak Nie</p> <p>21 Czy stosowałeś/aś kiedykolwiek inhalator? Tak Nie</p> <p>22 Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu? Tak Nie</p> <p>23 Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa? Tak Nie</p> <p>24 Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów? Tak Nie</p> <p>25 Czy urodziłeś/aś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? Tak Nie</p> <p>26 Czy kiedykolwiek miałeś drgawki lub rozpoznano u Ciebie padaczkę? Tak Nie</p> <p>27 Czy zdarzają Ci się bóle i/lub zawroty głowy? Tak Nie</p> <p>28 Czy kiedykolwiek miałeś uraz głowy lub wstrząs mózgu? Tak Nie</p> <p>29 Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowych (kiedy)? Tak Nie</p> <p>30 Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza? Tak Nie</p> <p>31 Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry? Tak Nie</p> <p>32 Czy przebyłeś jakąkolwiek chorobę lub uraz oka? Tak Nie</p> <p>33 Czy nosisz okulary lub soczewki kontaktowe? Tak Nie</p> <p>34 Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś? Tak Nie</p> <p>35 Czy byłeś/aś szczepiony/a przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)? Tak Nie</p> <p>36 Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś/chciałabyś lub powinieneś /powinnaś omówić z lekarzem? Tak Nie</p> <p><b>Tylko kobiety</b></p> <p>37 W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek) _____</p> <p>38 Czy miesiączkujesz regularnie? Tak Nie</p> |
| wysokie ciśnienie  | szmery w sercu    |                |                            |                 |                   |       |        |        |             |                   |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |  |
| wysoki poziom cholesterolu   | zapalenie serca   |                |                            |                 |                   |       |        |        |             |                   |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |  |
| Plecy-część dolna  | Szyja             | Łokieć         | Biodro                     | Łydka/Goleń     |                   |       |        |        |             |                   |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |  |
| Plecy-część górna  | Bark              | Przedramię     | Udo                        | Kostka          |                   |       |        |        |             |                   |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |  |
| Klatka piersiowa   | Ramię             | Dłoń/Palce     | Kolano                     | Stopa/Palce     |                   |       |        |        |             |                   |      |            |     |        |                  |       |            |        |             |  |

**Wyjaśnij odpowiedzi „Tak” w pytaniach od 2 do 32 wg. przykładu: odp. 15-wyrostek robaczkowy w 2004r lub 14 lat temu.**

Oświadczam, że zrozumiałam/em treść zadawanych pytań i odpowiedziałam/em na nie zgodnie z prawdą i najlepszą wiedzą. **Wyrażam zgodę na badania, które wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia.** Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

\_\_\_\_\_  
Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej