

ת.ז. \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ מין ז/נ \_\_\_\_\_  
 כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ קופת חולים \_\_\_\_\_  
 גרם מפנה / קבוצה \_\_\_\_\_ ענף הספורט \_\_\_\_\_ גובה (ס"מ) \_\_\_\_\_ משקל (ק"ג) \_\_\_\_\_

### שאלות

1. האם נמצאו ליקויים בבדיקת ספורטאים קודמת? **כן / לא**
2. האם עברת ברור רפואי או אושפזת אי פעם? **כן / לא**
3. האם סבלת אי פעם מהמחלות הבאות: אסטמה/ברונכיטיס אפילפסיה/מונוקלאוזיס(מחלת נשיקה)/צהבת/שחפת/סכרת כאבי ראש תכופים/פגיעות עיניים/כיב קיבה או מחלה אחרת? **כן / לא**
4. האם עברת ניתוח? **כן / לא**
5. האם אתה נוטל תרופות עכשיו באופן קבוע? **כן / לא**
6. האם אירע לך אובדן הכרה או התעלפת בזמן מאמץ או אחריו? **כן / לא**
7. האם סבלת כאבים או לחץ בחזה בזמן מאמץ? **כן / לא**
8. האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? **כן / לא**
9. האם אתה מתעייף יותר מחבריך לפעילות בזמן מאמץ? **כן / לא**
10. האם אתה סובל מיתר לחץ דם? **כן / לא**
11. האם דווח לך אי-פעם על מחלה, מום, אוושה או רשרוש בלבד? **כן / לא**
12. האם הרגשת דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלבד? **כן / לא**
13. האם מישוה במשפחתך נפטר מבעיות לב לפני גיל 40? **כן / לא**
14. האם התרחש במשפחתך מקרה מוות פתאומי לפני גיל 40? **כן / לא**
15. האם היה לך אי פעם זעזוע מוח או פגיעת ראש אחרת? **כן / לא**
16. האם סבלת אי פעם מנפחות קיצוניות? **כן / לא**
17. האם נפצעת אי פעם(נרקע/פריקה/ שבר) באחד או יותר מן הבאים: יד/כףיד/מרפק/זרוע/כתף/צוואר/גב/מותן/ירך/ברך/שוק/קידמת הרגל/כף הרגל קרסול **כן / לא**
18. האם סבלת מבעיות עור: גירוד, נקודת חן או עור שסוע? **כן / לא**
19. עישון (כיום או בעבר)? **כן / לא**
20. האם סבלת אי פעם מהתכווצויות חוס? **כן / לא**
21. האם אבדת אי פעם הכרה בחוס? **כן / לא**
22. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? **כן / לא**
23. האם יש לך רגישות יתר(אלרגיה) לתרופות, דבורים וכו'? **כן / לא**
24. מתי לאחרונה קבלת חיסון נגד צפדת(טטנס)? \_\_\_\_\_

### לספורטאיות בלבד

25. באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? \_\_\_\_\_
26. מתי הופיע המחזור האחרון? \_\_\_\_\_
27. האם המחזור מופיע באורח סדיר? **כן / לא**

28. הערות: במידה ואחת התשובות הינה "כן" נא לפרט: \_\_\_\_\_

אני מצהירה/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומציגים באור מלא את הרקע הרפואי שלי. ידוע לי כי העלמת מידע ותצורה לא נכונה, אסורים ועלולים לגרום לי נזק רפואי. ידוע לי כי תוקף האישור לפעילות גופנית הינו לשנה אחת בלבד. כמו כן, אני מוותרת/ת על הסודיות הרפואית ומאשרת/ת למסור דו"ח על תוצאות הבדיקות הרפואיות לארגון הספורט שבו אני חבר. הריני נתן/ת הסכמתי לבדיקת בני/בתי על פי חוק הספורט ע"י מכון שר הבריאות המאושר ע"י משרד הבריאות. לניבדיק ארגומטריה - הגני מצהירה/ה שהוסברה לי מהות בדיקת ארגומטריה וסיכונים שבבדיקה.

חתימת ההורה לנבדק מתחת לגיל 18

שם מלא + מסי ת.ז. של ההורה לנבדק מתחת לגיל 18

חתימת הנבדק

## טופס בדיקה גופנית לספורטאי

### נספח 2

- לחץ דם במנוחה \_\_\_\_\_ דופק במנוחה \_\_\_\_\_
- א.ק.ג: תקין / לא תקין \_\_\_\_\_
1. ראש: עיניים: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  2. צוואר: בלוטת התריס: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  3. בטן: כבד וטחול: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  4. לב: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  5. דפקים פריפריים: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  6. בדיקת עצמות ושרירים: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  7. מיפרקים: (תנועה, סימטריות, רפיון, יציבות ברכיים) \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  8. גפיים וכפות רגלים: (דפורמציה, צליעה, כח) \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
- פירוט ממצאים חיוביים: \_\_\_\_\_

כשיר לפעילות בענף ספורט \_\_\_\_\_  כשיר לפעילות בהגבלה \_\_\_\_\_

## מדי טסט

חותמת התחנה לרפואת הספורט

חותמת וחתימה דופא ספורט מוסמך

## MEDICAL HISTORY FORM

NAME: \_\_\_\_\_ SEX : M / F AGE: \_\_\_\_\_

I.D. NO: \_\_\_\_\_ COUNTRY: \_\_\_\_\_ HEIGHT: \_\_\_\_\_ WEIGHT: \_\_\_\_\_

PLEASE READ THE FOLLOWING QUESTIONS REGARDING YOUR PAST AND PRESENT MEDICAL CONDITION AND ANSWER BY CHECKING THE YES OR NO BOXES. IF IN DOUBT PLEASE ANSWER YES AND THE MATTER WILL BE DISCUSSED WITH THE SPORT PHYSICIAN.

PLEASE INDICATE IF ANY OF THE FOLLOWING APPLY TO YOU (PRESENT OR PAST):

YES NO

- HAVE YOU EVER BEEN FOUND UNFIT OR PARTIALLY FIT FOR ANY KIND OF SPORT?
  - HAVE YOU EVER HAD AN OPERATION OR HAVE BEEN HOSPITALISED FOR ANY REASON?
  - DO YOU TAKE ANY REGULAR MEDICINES, (O.T.C.'S INCLUDED)?
  - SMOKING, ALCOHOL ABUSE OR SUBSTANCE ABUSE OF ANY KIND?
  - ASTHMA, TUBERCULOSIS, ANY OTHER KIND OF LUNG OR RESPIRATORY TRACT DISEASE?
  - HEPATITIS, JAUNDICE, MONONUCLEOSIS, ULCER, BOWELL OR DIGESTIVE TRACT DISEASE?
  - DIABETES, THYROID OR ANY OTHER KIND OF HORMONAL DISEASE?
  - ANY LOSS OF CONSCIENCE, FAINTING, BLACKOUTS?
  - EPILEPSY, CONVULSIONS, SEIZURES OF ANY KIND?
  - DIZZINESS LINKED TO EXERCISE IN ANY WAY?
  - CEREBRAL PALSY, ANY KIND OF PARALYSIS OR MUSCLE WEAKNESS?
  - HEAD TRAUMA, SEVERE AND / OR FREQUENT HEADACHE?
  - ANY MENTAL OR PSYCHIATRIC DISORDER OR TREATMENT?
  - DID YOU EVER FELT TOTALLY EXHAUSTED?
  - DO YOU FEEL TIRED EARLIER THAN OTHER PLAYERS?
  - CHEST PAIN OR CHEST PRESSURE LINKED TO EXERCISE?
  - EXCESSIVELY RAPID HEARTBEATS OR IRREGULAR HEARTBEATS?
  - HEART DISEASE OF ANY KIND (INCLUDING HEART MURMURS)?
  - ELEVATED BLOOD PRESSURE, ABNORMALLY LOW BLOOD PRESSURE?
  - SUDDEN DEATH OR CARDIAC DISEASE OF A FIRST DEGREE RELATIVE BEFORE THE AGE OF 40?
  - FRACTURE, DISLOCATION, SPRAIN OF ANY BONE OR JOINT?
  - ANY CHRONIC OR DEGENERATIVE BONES OR JOINTS DISEASE?
  - RECCURENT BACK PROBLEMS, SLIPPED DISC, BACK SURGERY OR TRAUMA?
  - EYES TRAUMA OR SURGERY, RETINAL PATHOLOGY, GLAUCOMA?
- FOR WOMEN:   - ARE YOU PREGNANT?  
  - KNOWN HORMONAL IMBALANCE OR MENSTRUAL PROBLEMS?
- ANY OTHER MEDICAL CONDITION OR PROBLEM NOT LISTED ABOVE?

PLEASE DETAIL ANY 'YES' ANSWER:

**I CERTIFY BY MY SIGNATURE THAT THE ABOVE ANSWERS REPRESENT AN ACCURATE AND COMPLETE DESCRIPTION OF MY MEDICAL PAST AND PRESENT CONDITION AND I AM FULLY AWARE THAT INCOMPLETE OR MISLEADING ANSWERS CAN ALTER THE MEDICAL SCREENING PROCEDURE WITH POSSIBLE HARMFULL AND DAMAGING EFFECTS ON MY HEALTH AND/OR PERFORMANCES. AND I CLEAR 'MEDITEST' AND THEIR EMPLOYEES OF ANY RESPONSIBILITY IN SUCH A CASE. THIS SIGNED FORM ALSO REPRESENTS A WAIVER OF MY RIGHTS UNDER THE MEDICAL SECRET ACT AND I AGREE BY THIS THAT 'MEDITEST' WILL FORWARD THE RESULTS OF THE MEDICAL SCREENING TO MY TEAM OR TO ANY THIRD PARTY ON THEIR OR MY BEHALF.**

NAME \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
(PARENT OR LEGAL PROVIDER FOR MINORS UNDER 18 YEARS OLD)