

לייף טסט - מכון לרפואת ספורט ושירותים רפואיים

רחוב : חיים לבנון 1 נווה איתמר נתניה טלפון: 09-8656824 פקס: 09-8846465

מייל: lifetest2010@gmail.com אתר אינטרנט: www.lifetest.co.il



נבדקים מתחת לגיל 18 השאלון ימולא וייחתם ע"י ההורים. תאריך הבדיקה: _____

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין: ז \ נ
גובה	משקל	תאריך לידה	כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____
טלפון נייד:	אימייל		
שם הקבוצה	ענף הספורט	ק. חולים: ☐ כללית, ☐ מאוחדת, ☐ מכבי, ☐ לאומית	

שאלון רפואי (אנאמנזה)

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| 1. האם אושפזת אי-פעם? | כן/לא | 17. האם סבלת אי-פעם מהמחלות הבאות? | כן/לא |
| 2. סיבת האשפוז _____ שנה _____ | כן/לא | צהבת, שחפת, כיב קיבה אסתמה: | כן/לא |
| 3. האם עברת ניתוח? | כן/לא | אפילפסיה, אירוע מוחי, מחלת לב: | כן/לא |
| 4. סוג ניתוח _____ | כן/לא | פגיעות בעיניים: | כן/לא |
| 5. האם את/ה סובלת/ת מקוצר נשימה? | כן/לא | סוכרת, כאבי ראש תכופים או מיגרנה: | כן/לא |
| 6. האם את/ה נוטלת/ת תרופות באופן קבוע? | כן/לא | מחלה חריפה בחצי שנה אחרונה _____ | כן/לא |
| 7. האם יש לך רגישות יתר/אלרגיה לתרופות, דבורים וכו'? | כן/לא | 18. האם נפצעת אי-פעם באחד או יותר מן האיברים: | כן/לא |
| 8. האם אירע לך אירוע של איבוד הכרה? | כן/לא | יד, צוואר, גב, רגל? פרט: _____ | כן/לא |
| 9. האם סבלת כאבים בחזה? | כן/לא | 19. האם סבלת אי-פעם מהתכווצויות חום? | כן/לא |
| 10. האם הייתה לך הרגשה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב? כן/לא | כן/לא | 20. האם אבדת אי-פעם הכרה בחום? | כן/לא |
| 11. האם את/ה סובלת/ת מיתר לחץ דם? | כן/לא | 21. מתי קיבלת לאחרונה חיסון נגד צפדת (טטנוס)? _____ | כן/לא |
| 12. האם סבלת מסחרחורת? | כן/לא | 22. לנשים בלבד! _____ | כן/לא |
| 13. האם דווח לך אי-פעם על אוושה או רשרוש בלבך? | כן/לא | 23. האם את בהריון? | כן/לא |
| 14. האם משהוא ממשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי? | כן/לא | 24. באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? _____ | כן/לא |
| 15. האם את/ה סובלת/ת מבעיות עור (גירוד, עור שסוע)? | כן/לא | 25. מתי הופיע המחזור האחרון? _____ | כן/לא |
| 16. האם נפגעת פגיעת ראש אי /פעם- האם היה לך זעזוע מוח? | כן/לא | 26. האם המחזור מופיע באורח סדיר? _____ | כן/לא |
| 17. האם את/ה מעשן? | כן/לא | | |
| 18. האם את/ה סובלת/ת מנכות כלשהי? _____ | כן/לא | | |

הסברים נוספים בעקבות התשובות 1-25:

הצהרה: הנני מצהיר בזאת כי כל הידיעות שמסרתי לעייל על מצבי הרפואי בעבר ובהווה הנן מלאות ונכונות. ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה אסורה ועלולה לגרום לי נזק רפואי, הנני מתיר למסור את הטופס הבדיקה הרפואית למי שהפנה אותי לבדיקה זו.

חתימת הנבדק _____

לקטינים (מתחת לגיל 18): שם ההורה _____ ת.ז. ההורה _____ חתימת ההורה/אפוטרופוס _____

ממצאי הבדיקה:

א.ק.ג. במנוחה: תקין _____ ממ"כ דופק לדקה _____ לחץ דם _____
 ראש: עיניים: תקין _____ צוואר תקין _____ בית חזה: סימטרי /אסימטרי תקין _____ ריאות תקין _____ האזנת הלב תקין _____
 בטן (טחול, כבד) תקין _____ מפשעות תקין _____ בדיקה אורתופדית: ע"ש תקין _____ פרקים תקין _____ עצמות תקין _____
 בדיקה נוירולוגית תקין _____ עור תקין _____ פירוט ממצאים פתולוגיים _____
 ארגומטריה: אק"ג במאמץ תקין _____ אק"ג התאוששות תקין _____

סיכום: ☐ כשירה לפעילות גופנית ללא מגבלות ☐ כשירה עם מגבלות הבאות _____

☐ הופנה להמשך בירור ☐ בלתי כשירה לפעילות ספורטיבית _____