

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



בבדקים 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: <input type="checkbox"/> כללית, <input type="checkbox"/> מאוחדת, <input type="checkbox"/> מכבי, <input type="checkbox"/> לאומית		

שאלון רפואי (אנאמנזה)

האם אושפזת אי-פעם?	כן	לא	האם סבלת אי-פעם מהמחלות הבאות?	כן	לא
האם עברת ניתוח?	כן	לא	צהבת, שחפת, כיב קיבה אסתמה	כן	לא
האם אתה/סובלת/מקוצר נשימה?	כן	לא	אפילפסיה, אירוע מוחי, מחלת לב	כן	לא
האם אתה/סובלת/מקוצר נשימה?	כן	לא	פגיעות בעיניים	כן	לא
האם אתה/נוטלת/תרופות באופן קבוע?	כן	לא	סוכרת, כאבי ראש תכופים או מיגרנה	כן	לא
האם יש לך רגישות יתר/אלרגיה לתרופות, דבורים וכו'?	כן	לא	מחלה חריפה בחצי שנה אחרונה	כן	לא
האם אירע לך אירוע של איבוד הכרה?	כן	לא	האם נפצעת אי-פעם באחד או יותר מן האיברים	כן	לא
האם סבלת כאבים בחזה?	כן	לא	יד, צוואר, גב, רגל ?	כן	לא
האם הייתה לך הרגשה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב?	כן	לא	האם סבלת אי-פעם מהתכווצויות חום ?	כן	לא
האם אתה/סובלת/מיתר לחץ דם ?	כן	לא	האם אבדת אי-פעם הכרה בחום?	כן	לא
האם סבלת מסחרחורת?	כן	לא	האם קיבלת לאחרונה חיסון נגד צפדת (טטנוס) ?	כן	לא
האם דווח לך אי-פעם על אוושה או רשרוש בלבך ?	כן	לא	לנשים בלבד!	כן	לא
האם משהוא ממשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי?	כן	לא	האם את בהריון ?	כן	לא
האם אתה/סובלת/מבעיות עור (גירוד, עור שסוע)?	כן	לא	באיזה גיל הופיע המחזור הראשון ?	כן	לא
האם נפגעת פגיעת ראש אי / פעם- האם היה לך זעזוע מוח ?	כן	לא	מתי הופיע המחזור האחרון ?	כן	לא
האם אתה/מעשן ?	כן	לא	האם המחזור מופיע באורח סדיר ?	כן	לא
האם אתה/סובלת/מנכות כלשהי ?	כן	לא			

אם ציינת תשובה חיובית נא פרט את הסיבה :

הצהרה: הנני מצהיר בזאת כי כל הידיעות שמסרתי לעייל על מצבי הרפואי בעבר ובהווה הן 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

אקג במנוחה : תקין / לא תקין _____ ממ"כ דופק _____ לדקה _____ לחץ דם _____

לסמן במידה ולא תקין

בדיקת אקג במאמץ :

בדיקה אורטופדית:	ראש :	לא תקין	ע"ש	לא תקין
	עיניים	לא תקין	פרקים	לא תקין
	צוואר	לא תקין	עצמות	לא תקין
	בית חזה :	לא תקין	בדיקה נירולוגית	לא תקין
	סימטרי אסימטרי	לא תקין	עור	לא תקין
	ריאות	לא תקין		
	אזנת לב	לא תקין		
	בטן (טחול כבד	לא תקין		

אקג במאמץ	תקין
אקג בהתאוששות	תקין
הערות \ מסקנות רופא :	

	כשירה לפעילות ספורטיבית ללא מגבלות
	כשירה עם מגבלות
	הופנה להמשך בירור



חתימה וחותמת רופא :