

תאריך הבדיקה
מקום הבדיקה

תחנה לרפואת ספורט באשור משרד הבריאות
 קניון שערי חדרה
 לתאום: ד"ר אבו חוסיין סברי
 פקס: 04-6385268 נייד: 050-2400124

"אמיר ספורט"

מרפאת ד"ר סברי - חדרה



שם הנבדק: _____ רחוב: _____ מספר: _____ עיר: _____ טל: _____

ת.ז. _____ תאריך לידה: _____ משקל: _____ גובה: _____ מין: ז/א

שם הקבוצה: _____ ענף ספורט: _____

שאלון רפואי (נא להקיף בעיגול):

1. האם אושפזת אי פעם? כן/לא
 2. האם עברת ניתוח? כן/לא
 3. האם אתה סובל/סבלת מאסטמה? כן/לא
 4. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? כן/לא
 5. האם יש לך רגישות יתר / אלרגיה לתרופות? כן/לא
 6. האם ארע לך ארוע של איבוד הכרה או התעלפות בזמן מאמץ? כן/לא
 7. האם סבלת כאבים בחזה בזמן מאמץ? כן/לא
 8. האם אתה מתעייף באופן מיוחד בעקבות מאמץ? כן/לא
 9. האם אתה סובל מיתר לחץ דם? כן/לא
 10. האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? כן/לא
 11. האם דווח לך אי פעם על אוושה או רשרוש בלבך? כן/לא
 12. האם היתה לך תחושה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימות לב? כן/לא
 13. האם מישוהו במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי לפני שכלאו לו 40 שנה? כן/לא
 14. האם אתה סובל מבעיות עור (גירוד, נקודות חן או עור שסוע)? כן/לא
 15. האם היתה לך פגיעת ראש או זעזוע מוח? כן/לא
 16. האם סבלת בעבר מכאבי ראש קשים? כן/לא
 17. האם סבלת אי פעם מהמחלות הבאות: מחלת הנשיקה, צהבת, שחפת, סוכרת, כאבי ראש תכופים, פגיעות בעיניים, כיב קיבה, פרט? כן/לא
 18. האם נפצעת אי פעם באחד או יותר מן האיברים הבאים: (נקע, פריקה או שבר) יד, צוואר, גב, רגל פרט? כן/לא
 19. האם סבלת אי פעם מהתכווצויות חוסם? כן/לא
 20. האם אבדת אי פעם הכרה בחוסם? כן/לא
 21. האם אתה נושמת במדרטיים או בתומכיט? כן/לא
 22. מתי קיבלת לאחרונה חיסון נגד צדפת (טטנוס)? כן/לא
 23. הערות: _____
- לבנות בלבד?**
23. מתי הופיע המחזור האחרון? _____
 24. האם בעת המחזור יש דמום קשה (מסיבי) _____
 25. הטברים נוספים בעקבות התשובות לשאלות 22-1 _____

ממצאים:

א.ק.ג. במנוחה: _____ לחץ דם במנוחה: _____

דופק במנוחה: _____ פעימות לדקה: _____

בית חזה:לב: _____ ריאות: _____

בדיקה גופנית:

ראש: עיניים: _____ אוזניים: _____ אף וגרון: _____

כטן: כבד: _____ טחול: _____ עור: _____

מפשעה (שבר, בולטות לימפה): _____ אברי מין: _____

צוואר: בולטת התריס: _____ קשרי לימפה: _____

בדיקת עצמות ושרירים (בדיקה אורופדית): _____

מפרקים (היקף תנועה, סימטריה וריפיון, יציבות ברכיים): _____

גפיים (דפורמציות, צלעה, כח): _____ כפות רגליים (דפורמציות): _____

א.ק.ג. במאמץ: _____ א.ק.ג. בהתאוששות: _____

אופניים: _____

סיכום (סמן עיגול על סביב המתאים)	דקה	עומס	דופק	לחץ דם
תלונות במאמץ	1			
1. ללא תלונות				
2. כאבים בחזה	2			
3. קוצר נשימה				
4. סחרחורת	3			
5. התעלפות	4			
6. בחילות				
7. כאב ראש	5			
8. כאב רגליים	6			
9. אחר: פרט:				
סיבות הספקת מאמץ	7			
1. מאמץ מירבי	8			
2. כאבים בחזה	9			
3. קוצר נשימה	10			
4. שינויים בא.ק.ג.				
5. כאב רגליים				
6. עייפות כללית				
7. אחר: פרט:				

התאוששות:

דקה	דופק	לחץ דם
1		
2		
3		
4		

תגובות לחץ דם:

1. תקינה
2. גבוהה
3. נמוכה
4. שטוחה

הצהרה: הנני מצהיר בזאת כי כל הידיעות שמטרתן לעיל על מצבי הרופאי בעבר ובהווה הינך מלאות ונוכנות הנני מתיר למטור את טופס הבדיקה הרפואית התקופתית למי שהפנה אותי לבדיקה זו.

לנבדק מתחת לגיל 18 השאלון יגולא וייחתם ע"י ההורים

חתימת הנבדק: _____ שם ההורה: _____ ת.ז. _____ חתימת הורה/אפוטרופוס: _____

מסקנות: לאחר שביצעת את הבדיקות האומורות לעיל, מצאתי כי השחקן הנבדק:

כשיר לפעילות ספורטיבית ללא כל הגבלה.

לבצע את הבדיקות הבאות: א. _____ ב. _____

בלתי כשיר לפעילות ספורטיבית

אישורים רפואיים: _____