



Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области  
«Городская больница город Асбест»

КАБИНЕТ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Анкета оценки состояния здоровья спортсменов

**ВНИМАНИЕ:** Анкета содержит вопросы о состоянии здоровья несовершеннолетнего спортсмена и также вопросы о здоровье членов семьи, ответы на которые могут вызвать затруднения. Спортсменам младше 15 лет анкету необходимо заполнить и подписать родителями или иными законными представителями. Спортсменам 15 лет и старше можно заполнять самостоятельно, но мы рекомендуем делать это совместно с родителями.

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	
Спортивная организация	
Вид спорта	

**Общие вопросы**

1.	Когда было последнее заболевание с температурой?		
2.	Есть ли у Вас проблемы, по поводу которых Вы хотели бы проконсультироваться с врачом?	Да	Нет
3.	Накладывал ли когда-либо врач запреты или ограничения на Ваши занятия спортом?	Да	Нет
4.	Страдаете ли Вы на данный момент каким-либо хроническим заболеванием (напр., астмой, диабетом, анемией, гепатитом и т.д.)?	Да	Нет
5.	Проходили ли Вы когда-либо лечение в больнице?	Да	Нет
6.	Проводились ли вам какие-либо хирургические операции?	Да	Нет

Пояснения:

**Состояние Вашего сердца**

7.	Случались ли у Вас когда-нибудь во время или после тренировки обморочные состояния?	Да	Нет
8.	Испытывали ли Вы когда-нибудь во время тренировки напряжение или боль в груди?	Да	Нет
9.	Проявлялись ли у Вас когда-нибудь во время тренировки нарушения сердечного ритма (сердцебиения, пропуски сердечных сокращений и т.д.)?	Да	Нет
10.	Говорил ли когда-нибудь врач, что у Вас проблемы с сердцем (напр., повышенное артериальное давление, врожденный порок сердца, миокардит, шумы сердца и др.)?	Да	Нет
11.	Назначал ли Вам когда-нибудь врач обследование сердца (напр., ЭКГ, эхокардиография)?	Да	Нет
12.	Испытываете ли Вы утомление или одышку больше, чем товарищи по тренировке?	Да	Нет

Пояснения:

**Состояние сердца у членов вашей семьи**

13.	Были ли у кого-нибудь из членов Вашей семьи или родственников в возрасте до 50-ти лет случаи инфаркта миокарда, инсульта мозга, летальные случаи из-за болезней сердца, скоропостижная смерть или реанимация после остановки сердца?	Да	Нет
14.	У кого-нибудь из членов Вашей семьи наблюдались врожденные пороки сердца, установлен кардиостимулятор или имплантирован дефибриллятор?	Да	Нет

Пояснения:

**Опорно-двигательный аппарат**

15.	Были ли у Вас за последний год травмы костей, мышц, сухожилий и связок, вынудившие Вас пропустить тренировки или соревнования?	Да	Нет
16.	Были ли у Вас переломы (трещины) кости или вывихи суставов?	Да	Нет
17.	Из-за травм проходили ли Вы рентгеновское обследование, КТ, МРТ; делались ли Вам инъекции, операции; пользовались ли Вы лангетой, ортезом или костылями?	Да	Нет
18.	Пользуетесь ли Вы регулярно ортезами (бандажами, тугими повязками) или другими ортопедическими средствами защиты?	Да	Нет
19.	Есть ли у Вас повреждения костей, мышц или суставов, которые Вас беспокоят?	Да	Нет
20.	Наблюдается ли у Вас боль, отечность или покраснение какого-либо сустава?	Да	Нет
21.	Говорил ли когда-нибудь врач, что у Вас воспаление сустава или болезнь соединительной ткани?	Да	Нет

Пояснения:

**Общее состояние здоровья**

22.	Появляется ли у Вас во время тренировок кашель, чихание, одышка или затрудненное дыхание?	Да	Нет
23.	Вы когда-нибудь пользовались ингалятором или лекарствами против астмы?	Да	Нет
24.	Страдает ли кто-нибудь в Вашей семье астмой?	Да	Нет
25.	Страдаете ли Вы аллергией на какие-либо лекарства, цветочную пыльцу, определенные продукты питания, насекомых и т.д.?	Да	Нет
26.	Наблюдается ли у Вас боль, болезненное образование или грыжа в паховой области?	Да	Нет
27.	Болели ли Вы в течении последнего года инфекционным заболеванием?	Да	Нет
28.	Страдаете ли Вы кожными заболеваниями?	Да	Нет
29.	Были ли у Вас травмы головы, вызвавшие помутнение сознания или потерю памяти?	Да	Нет
30.	Случались ли у Вас приступы судорог или заболевания, сопровождающиеся судорогами?	Да	Нет
31	Появляется ли у Вас во время тренировки головная боль?	Да	Нет
32.	После ударов или падения наблюдалось ли у Вас продолжающее более 24 часов онемение, слабость конечностей, утрата их подвижности?	Да	Нет
33.	Чувствуете ли Вы себя плохо при тренировках в жаркую погоду?	Да	Нет
34.	Случаются ли у Вас во время тренировок частые мышечные судороги?	Да	Нет
35.	Страдаете ли Вы или кто-нибудь из членов Вашей семьи анемией или другими болезнями крови?	Да	Нет
36.	Были ли у Вас когда-нибудь проблемы со зрением или травмы глаз?	Да	Нет
37.	Носите вы очки или контактные линзы во время занятий спортом?	Да	Нет
38.	Вы довольны своим весом?	Да	Нет
39.	Пытаетесь ли Вы или кто-то указал Вам на необходимость сбросить или набрать вес?	Да	Нет
40.	Придерживаетесь ли Вы специальной диеты, избегаете определенных продуктов?	Да	Нет

Пояснения:

**Лекарственные препараты**

41.	Укажите, пожалуйста, все лекарственные препараты - рецептурные, находящие в свободной продаже и биологически активные добавки, которые Вы принимаете в настоящее время:

**Подтверждаю, что ответил(а) на все вопросы правдиво.**

(Подпись спортсмена или законного представителя несовершеннолетнего)

(ФИО спортсмена или законного представителя несовершеннолетнего)

Дата: \_\_\_\_\_