



מס' זהות: \_\_\_\_\_

שם הנבדק: \_\_\_\_\_

### טופס 3

**טופס שאלון רפואי** (מסמך זה מכיל 3 עמודים וימולא בידי מבקש הרישיון. יש למלא טופס זה במלואו **אחת לשנה**)

#### פרטים אישיים

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ זכר / נקבה\*  
 תעודת זהות\ דרכון\* \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_  
 כתובת: רח' ומס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
 טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_  
 סוג דם \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_ גובה \_\_\_\_\_ משקל \_\_\_\_\_  
 מספר רישיון נהיגה ספורטיבית (אם קיים) \_\_\_\_\_

#### שאלון רפואי\* (השאלות מנוסחות בלשון זכר, ויחולו בלשון נקבה גם לגבי ספורטאית)

12. האם דווח לך אי פעם על אוושה או רשרוש בלבך ? כן / לא
13. האם היתה לך הרגשה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב ? כן / לא
14. האם מישהו במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי אחר לפני שמלאו לו 40 שנה? כן / לא
15. האם אתה סובל מבעיות עור ( גירוד , נקודות חן או עור שסוע ) ? כן / לא
16. האם נפגעת פגיעת ראש אי-פעם ? כן / לא
17. האם היה לך זעזוע מוח ? כן / לא
18. האם סבלת בעבר מכאבי ראש תכופים או קשים ? כן / לא
19. האם יש הפרעות במהירות תגובה ? כן / לא
20. האם יש הפרעות זיכרון ? כן / לא
21. האם קיימת בעיה של התמצאות בזמן ובמקום ? כן / לא
22. האם סבלת אי-פעם מהתכווצויות – חום ? כן / לא
23. האם איבדת אי-פעם הכרה בחום ? כן / לא
24. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים ? כן / לא

1. האם אושפזת אי פעם ? כן / לא
  2. האם עברת ניתוח ? כן / לא
  3. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע ? כן / לא
  4. האם יש לך רגישות יתר (אלרגיה) (לתרופות, לדבורים וכו') ? כן / לא
  5. האם אירע לך אירוע של איבוד הכרה בזמן מאמץ ? כן / לא
  6. האם היה לך דום נשימה ? אם כן, האם מטופל ? כן / לא
  7. האם סבלת כאבים 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
- אם כן**, מהו סוג הטיפול שהנך מקבל לאיזון לחץ דם \_\_\_\_\_
11. האם הנך סובל / סבלת בעבר ממחלת לב או מהפרעה בקצב הלב ? כן / לא

25. האם נפצעת אי-פעם באחד מן הבאים ( נקע , פריקה , או שבר ) ?

יד	כן / לא	גב	כן / לא
שורש כף היד	כן / לא	מותן	כן / לא
מרפק	כן / לא	ירך	כן / לא
זרוע	כן / לא	ברך	כן / לא
כתף	כן / לא	שוק / קידמת הרגל	כן / לא
צוואר	כן / לא	כף רגל	כן / לא

\* מחק את המיותר.



מס' זהות: \_\_\_\_\_

שם הנבדק: \_\_\_\_\_

26. האם סבלת אי-פעם מהמחלות הבאות ?

מונונוקלאוזיס ( מחלת נשיקה ) כן / לא

צהבת כן / לא

שחפת כן / לא

כיב קיבה כן / לא

סוכרת כן / לא

אם כן, מהו סוג הטיפול שהנך מקבל לאיזון הסוכרת : \_\_\_\_\_

האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה) \_\_\_\_\_

27. \*\* באיזה גיל הופיע המחזור הראשון ? \_\_\_\_\_

28. \*\* מתי הופיע המחזור האחרון ? \_\_\_\_\_

כן / לא

\*\* (שאלות 27-29 מיועדות לספורטאיות בלבד)

30. מתי קיבלת לאחרונה חיסון נגד צפדת (טטנוס) \_\_\_\_\_

31. האם הנך סובל / סבלת בעבר מסחרחורות או חוסר שיווי משקל ?

כן / לא

32. האם אתה סובל ממחלה נוירולוגית

כן / לא

33. האם אתה סובל / סבלת בעבר מאפילפסיה או מפרכוסים ?

כן / לא

אם כן, מתי היה ההתקף האחרון ? \_\_\_\_\_

34. האם הנך מטופל תרופתית ? אם כן, פרט \_\_\_\_\_

35. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות עיניים, פגיעות בעיניים ( למעט משקפיים ) ?

כן / לא

36. האם אתה סובל / סבלת בעבר מאסטמה ?

כן / לא

37. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות בדרכי העיכול ?

כן / לא

38. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות בדרכי השתן או אברי המין ?

כן / לא

39. האם אתה סובל / סבלת בעבר מהפרעות עצביות כלשהן ?

כן / לא

40. האם עברת אירוע מוחי ( שבץ מוחי ) בעבר ?

כן / לא

אם כן, מתי ? \_\_\_\_\_

41. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות כלשהן בגפיים (כולל התכווצויות שרירים או נוקשות מפרקית) ?

כן / לא

42. האם עברת ניתוח כלשהו או אשפוז ממושך בעבר ?

כן / לא

43. האם יש לך נטייה לישנוניות / הרדמות יתר במשך היום ?

כן / לא

44. האם יש לך ירידה בשמיעה ?

כן / לא

אם כן, האם מרכיב מכשיר שמיעה ? \_\_\_\_\_ \* נא לצרף בדיקות שמיעה אחרונות .

45. האם אתה סובל/סבלת בעבר ממחלה זיהומית כלשהי ?

כן / לא

46. האם אתה סובל/סבלת בעבר מהפרעה פסיכיאטרית או מבעיה נפשית שבגינה טופלת ע"י פסיכולוג/פסיכיאטר ?

כן / לא

אם כן פרט, האם מטופל ? באילו תרופות ? \_\_\_\_\_

47. האם השתמשת בעבר בסמים שלא לצורך רפואי ?

כן / לא

48. האם אתה משתמש באופן כרוני באלכוהול ?

כן / לא

49. האם קיבלת חיסון נגד טטנוס ב- 10 השנים האחרונות ?

כן / לא

50. האם אתה סובל/סבלת בעבר מהפרעות במערכת כלי הדם, עם נטייה לדימומים, קרישת דם ?

כן / לא

51. האם היית חולה/מאושפז במשך יותר משבועיים ברציפות במהלך השנה האחרונה ?

כן / לא

הסברים נוספים בעקבות התשובות לשאלות 1 עד 50



מס' זהות: \_\_\_\_\_

שם הנבדק: \_\_\_\_\_

## ממצאים ומסקנות

לאור הנתונים, שנמסרו בתשובות לשאלון, אין שום צורך בבדיקה נוספת. [הכל בהתאם לאמור בתקנות הנהיגה הספורטיבית (כללים בדבר כשירות רפואית), תשע"א-2010]

**אני החתום מטה מצהיר כי מבקש הרישיון לנהיגה ספורטיבית:**

(יש לסמן במקום המתאים ולפרט בהתאם לצורך)

כשיר לפעילות בלי הגבלה.

כשיר לפעילות עם המגבלות הבאות: \_\_\_\_\_

בלתי כשיר לפעילות.

הערות:

תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת הרופא

שם הרופא (פרטי ומשפחה)

חותמת התחנה לרפואת ספורט

\*\*\*\*\*

**הנבדק יחתום על ההצהרה שלהלן:**

### הצהרה

- אני מצהיר בזה שמסרתי מידע מלא ונכון על מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי על ידי הרופא הבודק.
- במקרה של פציעה, תאונה או אירוע רפואי במהלך נהיגה ספורטיבית, אני מאשר לסגל הרפואי המטפל בי בגין אותה פציעה, תאונה או אותו אירוע רפואי למסור את סיכום הסגל הרפואי בגין אותו טיפול לרשות המוסמכת.
- אני מתחייב בזה להודיע בכתב לרשות המוסמכת על כל שינוי משמעותי במצבי הבריאותי, בטיפול תרופתי שאני מקבל, במצב ראייתי או על מקרה שבו נפצעתי באירוע נהיגה ספורטיבית או אושפזתי לתקופה העולה על שבועיים ימים באופן שיש בו כדי להשפיע על נהיגתי ולפעול לפי הוראותיה, ומתחייב שמקורות השינוי במצבי ועד לקבלת החלטה של הרשות המוסמכת אם לאשר לי להמשיך ולנהוג נהיגה ספורטיבית, לא אנהג נהיגה ספורטיבית.
- אני מוותר על סודיות רפואית של כל הטפסים הרפואיים כלפי הרשות המוסמכת והרופא המטפל מטעמה באישור הבקשה.
- יש לסמן X במקום המתאים:  
[ ] אינני משתמש בעדשות מגע.  
[ ] אני מצהיר כי אני משתמש בעדשות מגע רכות בלבד.

חתימת הנבדק

תאריך

לגבי קטין מתחת לגיל 18:

ת.ז הורה / אפוסטרופוס

חתימתו/ה

שם הורה או אפוסטרופוס