שרותי ספורט ורפואה

SMS4sport.co.il

מרכז הספורט הלאומי, איצטדיון האתלטיקה הדר יוסף, תל-אביב
טל' 03-6497522 פקס 03-6487666 smsfax@gmail.com

ת.ז.	שם משפחה:	שם פרטי:	ענף ספורט:
כתובת:		טלפון:	גיל: ז / נ גובה: ס"מ
דוא"ל:		קופ"ח:	משקל: ק"ג

שאלות	כן	לא
1 האם נמצאו ליקוים בבדיקת ספורטאים קודמת?	☐	☐
2 האם עברת ניתוח/ ברור רפואי ו/או אושפזת אי פעם?	☐	☐
3 האם סבלת אי פעם מהמחלות הבאות: אסטמה/ ברונכיטיס/ אפילפסיה/ מונונוקלאוזיס (מחלת נשיקה)/ צהבת/ שחפת/ סכרת/ כאבי ראש תכופים/ פגיעות בעיניים/ כיב קיבה או מחלה אחרת?	☐	☐
4 האם אתה נוטל תרופות עכשיו או באופן קבוע?	☐	☐
5 האם אירע לך אובדן הכרה או התעלפות בזמן מאמץ או אחריו?	☐	☐
6 האם סבלת מכאבים או לחץ בחזה בזמן מאמץ?	☐	☐
7 האם סבלת מסחרחורת או תשישות קיצונית בזמן מאמץ ?	☐	☐
8 האם אתה סובל מיתר לחץ דם?	☐	☐
9 האם דווח לך אי-פעם על מחלה, מום, אוושה או רשרוש בלבך?	☐	☐
10 האם הרגשת דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב?	☐	☐
11 האם מישהו במשפחתך נפטר מבעיות לב לפני גיל 40?	☐	☐

שאלות	כן	לא
12 האם היה לך אי פעם זעזוע מוח או פגיעת ראש אחרת?	☐	☐
13 עישון (כיום או בעבר)?	☐	☐
14 האם נפצעת אי-פעם (נקע, פריקה, שבר) באחד או יותר מן הבאים: יד/ כף יד/ מרפק/ זרוע/ כתף/ צוואר/ גב/ מותן/ ירך/ בברך/ שוק/ קידמת הרגל/ כף רגל?		
15 האם סבלת מהתכווציות חום או איבדת הכרה בחום?	☐	☐
16 האם סבלת מבעיות עור: גירוד, נקודות חן או עור שסוע?	☐	☐
17 האם יש לך רגישות יתר (אלרגיה) (לתרופות, לדבורים וכו')?	☐	☐
18 האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים?	☐	☐
19 מתי קבלת לאחרונה חיסון נגד צפדת (טטנוס)? _____		

לספורטאיות בלבד		
באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? _____		
מתי הופיע המחזור האחרון? _____		
האם המחזור מופיע באורח סדיר?	☐	☐

לקטינים - אני מאשר\ת לבני\בתי לבצע בדיקת ספורטאים ללא נוכחותי כן \ לא

הערות: _____
(פרט במקרה ועניין "כן" לאחת השאלות)

הצהרה: אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומציגים באור מלא את הרקע הרפואי שלי. ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה, אסורים ועלולים לגרום לי נזק רפואי. ידוע לי כי תוקף האישור לפעילות גופנית הינו לשנה אחת בלבד. כמו כן אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית ומאשר/ת למסור את תוצאות הבדיקות הרפואיות לכל מאן דבעי.
*** עמיתי כללית מושלם - הנני מצהיר כי שילמתי לפי תנאי תכנית הביטוח השתתפות עצמית סך חמישים ש"ח לפיכך הנני מאשר\ת לכם על פי זכויותי להעביר את דמי הכיסוי לעלות הטיפול ישירות לנותן השירות. ידוע לי, כי לא יכוסו מקרי ביטוח הנובעים מתאונות דרכים או תאונות עבודה ולא ינתן החזר להשתתפות עצמית.

תאריך _____ X
חתימת הנבדק מגיל 18 \ הורים

לשימוש רופא בלבד

ברקע: _____

א.ק.ג. במנוחה: קצב _____ ציר _____

בדיקה גופנית	
ראש	עיניים, אוזניים, אף וגרון
צוואר	בלוטת התריס, קשרי לימפה
בית החזה	ריאות
	לב
בטן	כבד, טחול
גפיים	עצמות ושרירים, כפות רגליים, דפקים פריפריים, מפרקים
אחר	עמוד שדרה, מפשעה, אברי המין, עור

בדיקת ארגומטריה

פרוטוקול: Åstrand

	מנוחה	מאמץ 3'	6'	9'	12'	15'	התאוששות 1'	3'	5'
זמן מצטבר	∅								
עומס (Watt)	∅						∅	∅	∅
דופק (פעימות לדקה)									
לחץ דם (mm Hg)									

	מאמץ	התאוששות
א.ק.ג.		
תגובת קצב הלב		
תגובת לחץ הדם		
תלונות		

סיבת הפסקת המאמץ
- ○ מאמץ מרבי
- ○ מאמץ תת מרבי
- ○ עייפות שרירים
- ○ שנויים ב א.ק.ג.
- ○ קוצר נשימה
- ○ אחר: _____

סיכום

מצב בריאותי: _____

מסקנות:
- ○ כשיר לפעילות גופנית
- ○ בלתי כשיר לפעילות גופנית

הערות והמלצות: _____

תאריך _____

תחנה לרפואת ספורט
שרותי ספורט ורפואה
ברשיון משרד הבריאות

חתימת הרופא/ה _____