



מעגל הבריאות בע"מ
Circle of health LTD

טופס בדיקת תקופתית

קופ"ח		ענף ספורט:	
שם משפחה:	שם פרטי:	גיל:	ג/ז
כתובת:	טלפון:	מבנה:	סימ:
		משקל:	ק"ג

שאלות	כן	לא	שאלות	כן	לא
12 האם היה לך אי פעם זעזוע מוח או פגיעת ראש אחרת?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 האם נמצאו ליקויים בבדיקת ספורטאים קודמת?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 עישון (כיום או בעבר)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 האם עברת ניתוח/ ברור רפואי/ראו אושפות אי פעם?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 האם סבלת אי פעם מהמחלות הבאות: אסטמה/ ברונכיטיס/ אפילפסיה/ מוטוריקלאזיס (מחלת נשיקה)/ צהבת/ שחפת/ סכרת/ כאבי ראש תכופים/ פגיעות בעיניים/ כיב קיבה או מחלה אחרת?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 האם סבלת מהתכווציות הווס או איבודת הכרה בחוס?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 האם אתה נוטל תרופות נכשין או באופן קבוע?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 האם סבלת מבעיות עור: גירוד, נקודות חן או עור שסוע?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 האם אירע לך אובדן הכרה או התעלפות בזמן מאמץ או אחריו?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 האם יש לך רגישות יתר (אלרגיה) (לתרופות, לדבורים (כו)?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 האם סבלת מכאבים או לחץ בחזה בזמן מאמץ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 האם סבלת מסחרחורת או תשישות קיצונית בזמן מאמץ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 מתי קבלת לאחרונה חיסון נגד צפדת (טטנוס)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 האם אתה סובל מיתר לחץ דם?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
לספורטאים בלבד			9 האם דווח לך אי-פעם על מחלה, מום, אורשה או רשרוש בלבד?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
האם המחזור מופיע באורת סדיר?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 האם הרגשת דפיקות לב שות או תוסר פעימה בלבד?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 האם מישוה במשפחהך נפטר מבעיות לב לפני גיל 140?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*הערות:

(פרט במקרה ועית יבן"א אחת השאלות)

הצהרה: אני מצהירה בואת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומציגים באור מלא את הדקע הרפואי שלי. ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה, אסורים ועלולים לגרום לי נזק רפואי. ידוע לי כי תוסף האישר לפעילות גופנית היינו לשנה אחת בלבד. כמו כן, אני מוותרת על הסודיות הרפואית ומאשרת למסור דו"ח על תוצאות הבדיקות הרפואיות לארגון הספורט שבו אני חבר.

תאריך: _____ חתימת הנבדק מגיל 18 והורים: _____

בדיקה גופנית

ראש	עניים, אוזניים, אף וגרון
צוואר	בלוטת התריס, קשרי לימפה
בית החזה	ראות לב
בטן	כבד, טחול
גפיים	עצמות ושרירים, כפות רגליים, דפקים פריריים, מפרקים
אחר	עמוד שדרה, מפשעה, אברי חמין, עור

לשימוש רופא בלבד

ברקע: _____

א.ק.ג. במנוחה: קצב _____ ציר _____

פרוטוקול: Åstrand

התאוששות	מאמץ	מנוחה	זמן מצטבר
5'	15'	3'	Ø
3'	12'	6'	Ø
1'	9'	Ø	Ø
Ø	Ø	Ø	Ø

עומס (Watt) _____
דופק (מלמדת לדקה) _____
לחץ דם (mm Hg) _____

סיבת הפסקת המאמץ

מאמץ מרבי	<input type="checkbox"/>	מאמץ חת מרבי	<input type="checkbox"/>	עייפות שרירים	<input type="checkbox"/>	שוניים ב א.ק.ג.	<input type="checkbox"/>	קוצר נשימה	<input type="checkbox"/>	אחר:	<input type="checkbox"/>
התאוששות		מאמץ		א.ק.ג.		תגובת קצב הלב		תגובת לחץ חדם		תלונות	

סיכום

מצב בריאותי: _____

מסקנות: כשיר לפעילות גופנית בלתי כשיר לפעילות גופנית

הערות והמלצות: _____