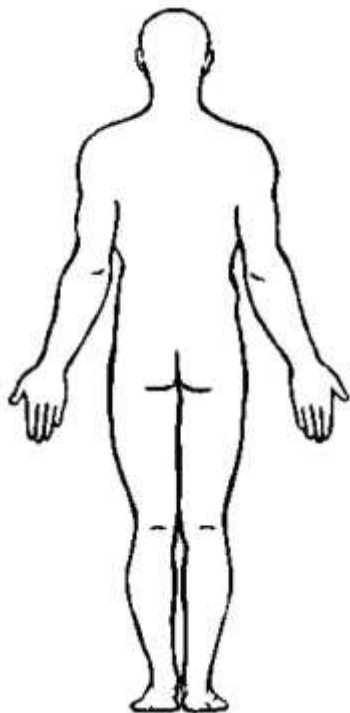
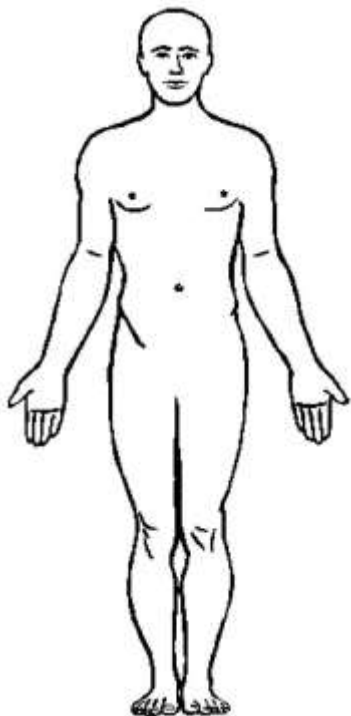


34. Укажите на схеме перенесенные травмы (переломы, вывихи, разрывы связок, травмы глаза и т.д.), возраст на момент получения травмы, способ лечения (операция, гипс и т.д.):

да	нет
----	-----



Анкета для спортсмена

Ф.И.О. спортсмена _____

Вид спорта **ЛЕГКАЯ АТЛЕТИКА**

г.р. _____

1. Были или есть у кого-нибудь из членов Вашей семьи (включая родственников матери и отца ребенка) врожденные пороки сердца? У кого/какие	да	нет
2. Были ли в Вашей семье (кровные родственники по отцовской и материнской линии) случаи внезапной смерти в возрасте до 50 лет? У кого	да	нет
3. Были ли у кого-нибудь из членов Вашей семьи случаи внезапного приступообразного учащения сердечного ритма (ЧСС от 160 до 250 уд/мин.), боли в области сердца? У кого	да	нет
4. Были ли в Вашей семье (кровные родственники по отцовской и материнской линии) случаи инфаркта миокарда или инсульта в возрасте до 50 лет? У кого	да	нет
5. Были или есть у кого-нибудь из членов Вашей семьи (кровные родственники по отцовской и материнской линии) злокачественные опухоли? _____ У кого, в каком возрасте и какой локализации (нужное подчеркнуть): мозг, щитовидная железа, лёгкие, желудок, кишечник, печень, поджелудочная железа, костный скелет _____ У женщин: молочные железы, матка, яичники _____ У мужчин: предстательная железа, яички _____ Другое _____	да	нет
6. Были или есть у кого-нибудь из членов Вашей семьи (включая родственников матери и отца ребёнка) хронические заболевания? У кого, какое заболевание	да	нет
7. Были ли в Вашей семье случаи смерти в возрасте до 50 лет по причине: высокое кровяное давление/инфаркт/инсульт, заболевания сердца, рак или опухоль, аллергия/бронхиальная астма, анемия/заболевания крови, диабет, эпилепсия, заболевания почек/мочевого пузыря, заболевания желудка/кишечника _____ Другое _____	да	нет
8. Укажите регулярность и длительность тренировок в неделю _____ Укажите количество игр в неделю _____		
9. Есть ли у Вас какие-либо врожденные аномалии (отсутствие/удвоение/неправильное расположение какого-либо органа и т.д.) _____ Уточните _____	да	нет
10. Как часто Вы болели/болеете простудными заболеваниями? Сколько раз в год	да	нет
11. Есть ли у Вас сейчас или были раньше: хронический насморк, воспаление миндалин, среднего уха, придаточных пазух носа, аденоиды, кариес (нужное подчеркнуть)?	да	нет

Ф.И.О. заполнявшего анкету: _____

спортсмен или законный представитель

Подпись: _____

Дата заполнения: _____

12.Переносили ли Вы за последние 6 месяцев: ангину, ОРВИ Другое _____ Как часто Вы используете (или использовали) при лечении антибиотики? _____ Сколько раз в год	да	нет
13.Есть ли у Вас аллергии? _____ Уточните на что, как проявляется	да	нет
14.Курение/употребление алкоголя/употребление наркотических веществ в настоящее время/ранее?	да	нет
15.Были/Находитесь ли Вы под наблюдением или лечились в какой- нибудь больнице, санатории или других аналогичных заведениях? По какой причине	да	нет
16.Есть ли у Вас проблемы со зрением: _____	да	нет
17.Носите ли Вы очки/контактные линзы при занятиях спортом?	да	нет
18.Носите ли Вы ночные линзы?	да	нет
19.Есть ли у Вас проблемы со слухом?	да	нет
20.Есть ли у Вас проблемы с носом или горлом?	да	нет
21.Есть ли у Вас головные боли, головокружения, слабость, обмороки, проблемы с координацией или равновесием в покое/ на тренировке?	да	нет
22.Есть ли у Вас тенденция к лихорадочному ознобу или дрожь?	да	нет
23.Есть ли у Вас кашель, одышка, боли в грудной клетке или учащенное/неритмичное сердцебиение в покое/ на тренировке?	да	нет
24.Есть ли у Вас ухудшение/усиление аппетита, рвота, боли в брюшной полости, диарея? _____	да	нет
25.Изменился ли Ваш вес за последнее время _____ (набор __ кг/потеря __ кг)	да	нет
26.Есть ли у Вас тугоподвижность, припухлость, боль в мышцах, суставах, костях в покое/ на тренировке?	да	нет
27.Есть ли у Вас на коже язвы, высыпания, ощущения зуда, жжения?	да	нет
28.Есть ли у Вас нарушения режима, бессонница/сонливость и т.д.?	да	нет
29.Консультировались ли Вы когда-нибудь или рекомендовали ли Вам обратиться к врачу по поводу:		
• эпилепсии, обмороков, головокружений, нервного расстройства или других заболеваний головного мозга и нервной системы	да	нет
• травмы головы, сопровождавшаяся сильным головокружением, потерей памяти, рвотой, бессознательным состоянием (черепно-	да	нет

мозговая травма, сотрясение головного мозга)		
• заболеваний сердца или ревматической атаки (ревматизм)	да	нет
• варикозного расширения вен, флебита, геморроидальных узлов	да	нет
• бронхиальной астмы, бронхита, пневмонии или других заболеваний легких	да	нет
• язвы желудка и/или 12-перстной кишки, гастрита, гастродуоденита, холецистита или другого заболевания желудочно-кишечного тракта	да	нет
• грыжи передней брюшной стенки/паха	да	нет
• диабета, зоба, гипо/гипертиреоза, увеличения лимфатических узлов, акне или других заболеваний желез (например, моноклеоза)	да	нет
• наличия глюкозы/белка/крови в моче или другого заболевания почек или мочеполовой системы	да	нет
• артрита, ревматизма, травмы, заболевания костей, суставов, грудной клетки, позвоночника	да	нет
• рака, опухоли или новообразования	да	нет
• лихорадки неясного генеза	да	нет
• заболевания крови, снижения/увеличения гемоглобина, эритроцитов, тенденции к легким кровоизлияниям или кровотечениям (носовые, кровоточивость десен и т.д.)	да	нет
30.Принимаете ли Вы какое-нибудь лекарственное средство в настоящее время? Какое	да	нет
31.Принимаете ли Вы какие-нибудь витамины/БАДы в настоящее время? Какие	да	нет
32.Принимаете ли Вы какие-нибудь средства спортивного питания, анаболические стероиды, жиросжигатели и т.д.? _____ Какие с какой целью	да	нет
33.Гинекологический анамнез: В каком возрасте была первая менструация? _____ Периодичность менструаций _____ длительность менструаций _____ Бывает ли у Вас во время менструального цикла боль/обильное кровотечение/ациклические кровотечения во время менструального цикла? _____ Количество беременностей _____ родов _____ Другие проблемы гинекологического характера _____		