

DOM ZDRAVLJA ČAKOVEC**SPECIJALISTIČKA ORDINACIJA MEDICINE RADA I SPORTA**

Liječnik: Dina Skroza, dr.med., univ.mag.med., specijalista medicine rada i športa

Medicinska sestra: Daria Horvat

Čakovec, I.G.Kovačića 1e

e-mail: medicina.rada@dzck.hr

tel./fax. 040/ 372-347

UPITNIK ZA PROCJENU ZDRAVSTVENOG STANJA SPORTAŠA

UPUTA: Roditelj/skrbnik ispunjava za malodobno dijete. Molimo Vas da pažljivo pročitate pitanja i odgovorite na njih na za to predviđenim mjestima. Podaci iz anketnog upitnika biti će korišteni strogo povjerljivo.

IME I PREZIME SPORTAŠA: _____**Datum rođenja:** _____**Adresa stanovanja:** _____**Kontakt telefon:** _____**Obiteljski liječnik:** _____**SPORTSKI KLUB:** _____**Kategorija:** _____**Broj godina treniranja:** _____**Ukupan broj sati treninga tjedno, uključujući utakmice /natjecanja** _____**1. Boluje li netko u obitelji (roditelji, braća, sestre) od neke od navedenih bolesti:**

	DA	NE	Navesti tko boluje
Povišeni krvni tlak			
Srčani ili moždani udar			
Ostale srčane bolesti			
Nagla srčana smrt prije 50 godine života			
Bolesti krvnih žila, duboka venska tromboza			
Šećerna bolest			
Astma			
Alergija			
Maligne bolesti			
Kronični problemi sa zglobovima i mišićima			
Endokrine bolesti (npr.bolesti štitnjače)			

2. Imate li VI – SPORTAŠ (ako je sportaš maloljetan roditelj ispunjava umjesto djeteta), ili ste imali, neke od navedenih bolesti:

	DA	NE	Dodatak odgovoru
Srčane bolesti			
Od ranije poznat srčani šum			
Povišeni krvni tlak			
Astma			
Alergije, na što?			
Potres mozga ili traumu glave			

	DA	NE	Dodatak odgovoru
Epilepsija			
Učestale upale grla, infekcije			
Reumatsku vrućicu			
Teške ozljede ili bolesti (operacije, ležanje u bolnici, izostanak iz bavljenja sportom više od mjesec dana)			
Ostale ozbiljne bolesti ili ozljede			
Spuštena stopala			
Nosite li naočale ili leće			
Nosite li slušno pomagalo			

3. Imate li VI (roditelj odgovara za dijete) trenutno neke od navedenih tegoba:

- Nelagodu ili bol u prsištu u naporu
- Nesvjesticu, omaglicu u naporu ili nakon napora
- Lupanje ili preskakanje srca u naporu
- Prekomjerni ili nejasni nedostatak zraka u naporu
- Gubitak apetita ili gubitak na težini
- Poteškoće usnivanja ili spavanja
- Probleme sa mokrenjem ili stolicom

4. Lijekovi, dodaci prehrani, navike

- a) Lijekovi koji trenutno uzimate

- b) Alergija na lijek

DA NE koji _____

- c) Dodaci prehrani i vitamini koje uzimate

- d) Pušenje

DA NE količina _____

- e) Alkohol

DA NE količina _____

- f) Ostala sredstva ovisnosti

DA NE koja _____

5. Pitanja za sportašice

- a) Dob prve mjesečnice

- b) Broj mjesečnica u proteklih 12 mjeseci

- c) Trajanje ciklusa

Svojim potpisom potvrđujem da su gore navedeni podaci točni.

Mjesto i datum

Potpis sportaša (za maloljetnu osobu potpis roditelja ili skrbnika)