

UPITNIK O LIČNIM PODACIMA, SPORTSKOJ I MEDICINSKOJ ANAMNEZI

1 - A Opšti podaci

Ime, ime oca i prezime		Pol	
Datum rođenja		JMBG	
Br. zdr. knjiž/filijala Fonda		Reg. broj takmič. knjižice	
Telefon / mobilni		E-mail	
Adresa stanovanja		Opštine	
Zanimanje		Radno mesto / škola	
Datum pregleda			

1 - B Sportska aktivnost

Sportska organizacija / klub (naziv i adresa)				
Nacionalni granski sportski savez (naziv i adresa)				
Sportska grana				
Sportska kategorija				
Sportska disciplina				
Pozicija u timu				
Trener				
Broj takmičenja (individualni sport) u prethodnoj godini?	Do 10	10-20	20-30	više od 30
Broj utakmica (kolektivni sport) u prethodnoj godini?	Do 10	10-20	20-30	više od 30
Da li se takmičite van svoje uzrastne kategorije?				
Navedite svoj najbolji sportski uspeh				
Da li ste član Nacionalne selekcije?				
Koje godine ste počeli da trenirate?				
Koliko puta (sati) nedeljno trenirate?				
Koliko sati dnevno trenirate?				
Faza takmičarskog ciklusa?	Pauza	pripreme	takmičenje	
Da li ste upoznati sa zakonskim propisima o korišćenju zabranjenih supstanci u svrhu postizanja bolje sportske forme i rezultata	Da	Ne		

1-V Medicinska anamneza sportiste

Pitanje	DA	NE
Da li ste imali neko oboljenje ili povredu od poslednjeg lekarskog pregleda obavljenog radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti?		

Da li ste trenutno bolesni ili imate neki medicinski problem?		
Da li ste iz bilo kog razloga prestajali sa sportskim aktivnostima na više od mesec dana? Da li Vam je ikada lekar zabranio ili ograničio bavljenje fizičkim aktivnostima?		
Da li redovno / duže vreme uzimate neki lek?		
Da li trenutno uzimate neki lek (tablete, kapsule, injekcije, kreme, masti, sredstva za inhaliranje...)?		
Da li ste imali srčanih problema, lupanje ili preskakanje srca u miru, tokom ili nakon fizičke aktivnosti?		
Da li ste ikada imali bol u grudima tokom ili nakon fizičke aktivnosti? Da li ste imali ili imate povišeni krvni pritisak?		
Da li Vam je ikada rečeno da imate šum na srcu? Da li ste bolovali od miokarditisa?		
Da li tokom fizičke aktivnosti imate probleme sa organima za disanje (kašalj, iskašljavanje, otežano, disanje)?		
Da li imate astmu?		
Da li ste ikada imali prelom kosti?		
Da li ste imali težu povredu mišića?		
Da li ste ikada imali težu povredu nekog zgloba (uganuće, iščašenje, prelom)? Da li ste ikada imali težu povredu nekog ligamenta ili tetive?		
Da li imate česte ili jake glavobolje?		
Da li ste ikada izgubili svest?		
Da li ste ikada imali potres mozga? Da li ste ikada imali epileptični napad?		
Da li ste ikada imali osećaj ukočenosti ili neprijatnosti (žarenje, peckanje, bol) duž ruke, u šaci, duž noge, u stopalu?		
Da li imate problema sa vidom (korigovan vid, astigmatizam, strabizam...)? Da li imate problema sa sluhom?		
Da li će sto imate problema sa organima za varenje (mučnina, gađenje, povraćanje, zatvor, proliv, drugo)?		
Da li ste ikada imali povišen šećer?		
Da li ste ikada imali povišen nivo masnoća u krvi (holesterol, HDL, LDL, trigliceride)?		
Da li imate problema sa mokrenjem?		
Da li imate infekciju kože ili druge medicinski značajne promene na koži (akne, psorijaza, gljivične bolesti...)?		
Da li ste alergični? (na polen, grinje, kućnu prašinu, lekove, namirnice, ubod insekata ili drugo)		
Da li ste ikada lečeni u bolnici zbog neke bolesti ili povrede?		
Da li ste ikada operisani zbog neke bolesti ili povrede?		
Da li ste bolovali od infektivne mononukleoze?		
Da li ste bolovali od žutice?		
Da li ste preležali dečje zarazne bolesti (boginje, zauške i drugo)		

Da li ste bolovali od meningitisa?		
Da li Vam je ikada bilo loše nakon fizičke aktivnosti?		
Da li ste ikada imali vrtoglavicu tokom ili nakon fizičke aktivnosti?		
Da li patite od nesаницe?		
Da li osećate da ste pod stresom?		
Koja je Viša krvna grupa? Rh - faktor - upisati u rubriku		
Da li ste vakcinisani i da li posedujete evidenciju o vakcinaciji (Hepatitis A i B,...)		
Kada ste primili poslednju dozu antitetanusne zaštite?		
Da li želite da imate telesnu masu manju od trenutne?		
Da li želite da imate telesnu masu veću od trenutne?		
Da li redovno morate da gubite na telesnoj masi da biste se takmičili u svojoj kategoriji?		
Da li koristite dodatke ishrani (vitamini, minerali...)?		
Da li ste ikada koristili suplemente u cilju dobijanja ili gubitka telesne mase?		
Da li ste ikada koristili suplemente u cilju poboljšanja fizičke sposobnosti ili bržeg oporavka?		
Da li u svrhu lečenja koristite neko sredstvo iz Liste zabranjenih sredstava (TUE - izuzeće radi primene u terapijske svrhe)?		
Da li često konzumirate alkohol?		
Da li pušite (cigarete, cigare, lulu)?		
ZA OSOBE ŽENSKOG POLA		
Da li imate menstruacije? (ako je odgovor NE, na ostala pitanja ne odgovarati)		
Kada je počeo poslednji ciklus?		
Koji je period između dva ciklusa?		
Kada ste prvi put dobili mesečni ciklus?		
Da li su menstruacije bolne i obimne?		
Koliko ste ciklusa imali u prethodnoj godini?		
Koliki period je bio najduži između dva ciklusa?		
Da li trenirate za vreme ciklusa?		
Odlazite li redovno na ginekološki pregled?		
Ostalo - Navesti druge zdravstvene probleme koje ste imali, a nisu pobrojane (bolesti, povrede ili operacije)		
Detaljnije objasnite pitanja na koje ste odgovorili sa DA		

1 - D Porodična anamneza (odnosi se na porodicu i užu familiju)

Da li Vam je neki član porodice preminuo iznenada od srčanog oboljenja pre navršene 50. godine života?		
Da li Vam neki član porodice boluje od nekog srčanog oboljenja?		
Da li Vam neki član porodice ima povišen krvni pritisak?		
Da li Vam je neki član porodice preminuo od moždanog udara?		
Da li Vam neki član porodice ima bolesti krvi?		
Da li Vam neki član porodice ima probleme sa krvnim sudovima (aneurizma, proširene vene, venska tromboza)?		
Da li Vam neki član porodice ima alergije, astmu?		
Da li Vam neki član porodice ima probleme sa bubrezima?		
Da li Vam neki član porodice ima hronične probleme sa zglobovima i mišićima?		
Da li Vam neki član porodice ima šećernu bolest?		
Da li Vam neki član porodice ima problema sa hormonalnim bolestima?		
Da li Vam neki član porodice ima maligno oboljenje (rak)?		
Ostalo - Navesti druge bolesti od kojih boluju članovi familije, a nisu pobrojane		
Detaljnije objasnite pitanja na koje ste odgovorili sa DA		
Ovim potvrđujem da su moji odgovori na postavljena pitanja sveobuhvatni i tačni. Potpis sportiste / roditelja / staratelja		

Ambulanta medicine sporta

Specijalne bolnice za rehabilitaciju "Bukovička banja" Arandjelovac

tel: 034/725-251; 034/726-610; **e-pošta:** sportska@bukovickabanja.co.rs