



# ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ | для допуска к занятиям спортом

**(ПРИМЕЧАНИЕ: Форма заполняется учащимся и родителями до посещения врача. Врач должен приложить форму к медицинской карте ребенка. Ее не требуется возвращать в спортивное отделение).**

Дата осмотра				Дата рождения		Номер учащегося (OSIS)	
Фамилия			Имя			Вид спорта	
Пол	Возраст	Класс	Школа	Кампус			

## Лекарственные препараты и аллергии

Укажите все принимаемые в настоящее время рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, а также био- и пищевые добавки.

		<b>Имеете ли вы при себе ингалятор?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<b>Есть ли у вас аллергия?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите тип ниже: <input type="checkbox"/> на лекарства _____ <input type="checkbox"/> на пыльцу <input type="checkbox"/> на продукты питания _____ <input type="checkbox"/> на укусы жалящих насекомых <input type="checkbox"/> на резину		<b>Имеете ли вы при себе Epi Pen?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

**В случае ответа «Да» поясните ниже. При затруднении ответа на вопрос обведите его кружочком.**

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ		Да	Нет	МЕДИЦИНСКИЕ ВОПРОСЫ		Да	Нет
1.	Запрещал ли врач или ограничивал по какой-либо причине ваше участие в занятиях спортом?			26.	Испытываете ли вы боли в суставах, являются ли они опухшими, теплыми или выглядят красными?		
2.	Имеются ли у вас в настоящее время какие-либо заболевания? Если да, укажите ниже: <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Анемия <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Инфекция <input type="checkbox"/> Серповидно-клеточная анемия или признаки Другое: _____			27.	Вы кашляете, хрипите или у вас проблемы с дыханием во время или после спортивных занятий?		
3.	Были ли вы когда-либо госпитализированы?			28.	Пользовались ли вы когда-либо ингалятором или принимали лекарства от астмы?		
4.	Подвергались ли вы хирургической операции?			29.	Страдает ли кто-либо из членов вашей семьи астмой?		
<b>ЗДОРОВЬЕ СЕРДЦА</b>				30.	Вы родились без (у вас отсутствует) почки, глаза, яичка (мужчины), селезенки или какого-либо другого органа?		
5.	Теряли ли вы сознание или испытывали близкие к этому ощущения ВО ВРЕМЯ или ПОСЛЕ спортивных занятий?	Да	Нет	31.	У вас есть боли в паху, болезненная припухлость или грыжа в области паха?		
6.	Испытывали ли вы дискомфорт, боль, стеснение или давление в груди во время спортивных занятий?			32.	Были ли у вас инфекционный мононуклеоз в течение последнего месяца?		
7.	Ваше сердце бьется учащенно или пропускает удары во время отдыха или спортивных занятий?			33.	Есть ли у вас сыпь, пролежни или другие проблемы с кожей?		
8.	Говорил ли вам врач о наличии у вас проблем с сердцем? Если да, отметьте, что именно: <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Шум в сердце <input type="checkbox"/> Повышенный уровень холестерина <input type="checkbox"/> Инфекционные заболевания сердца <input type="checkbox"/> Синдром Кавасаки Другое: _____			34.	Были ли у вас герпес или инфекция кожи MRSA?		
9.	Рекомендовал ли вам доктор пройти проверку сердца? (например, ЭКГ, эхокардиограмма)			35.	Были ли у вас травмы головы или сотрясение мозга?		
10.	Испытываете ли вы головокружение или большую, чем думали, одышку во время спортивных занятий?			36.	Были ли у вас когда-нибудь необъяснимые судороги?		
11.	Испытываете ли вы во время спортивных занятий большую усталость или одышку по сравнению с одноклассниками?			37.	Подвергались ли вы когда-либо ударам по голове, в результате которых вы страдали от спутанности сознания, длительных головных болей или испытывали проблемы с памятью?		
12.	Подвергались ли вы хирургической операции на сердце?			38.	Страдали ли вы эпилепсией?		
<b>ЗДОРОВЬЕ СЕРДЦА В ВАШЕЙ СЕМЬЕ</b>				39.	Возникают ли у вас головные боли при выполнении спортивных упражнений?		
13.	Есть ли у членов семьи аритмия сердца?	Да	Нет	40.	Чувствовали ли вы онемение, покалывание или слабость в руках или ногах после удара или падения?		
14.	Умер ли кто-либо в семье или среди родственников от болезни сердца или внезапно и необъяснимо скончался в возрасте до 50 лет (в т.ч., утопление, ДТП без установленной причины или синдром внезапной детской смерти)?			41.	Вы когда-нибудь были неспособны двигать руками или ногами после удара или падения?		
15.	Есть ли у членов семьи проблемы с сердцем, используют ли они кардиостимулятор или дефибриллятор?			42.	Чувствовали ли вы себя плохо во время тренировок в жаркую погоду?		
16.	Испытывал ли кто-либо из членов семьи потерю сознания или судороги по необъяснимой причине?			43.	У вас часто возникают мышечные спазмы во время тренировок?		
17.	Есть ли у кого-либо в семье серповидно-клеточная анемия или признаки?			44.	Есть ли у вас проблемы с глазами или зрением?		
<b>КОСТИ И СУСТАВЫ</b>				45.	Были ли у вас травмы глаз?		
18.	Были ли у вас травмы костей, мышц, связок или сухожилий, из-за которых вы вынуждены были пропускать тренировки или игры?	Да	Нет	46.	Вы носите очки или контактные линзы?		
19.	Были ли у вас переломы костей или вывихи суставов?			47.	Вы носите защитные очки или защитную маску?		
20.	Были ли у вас травмы, требующие рентгеновских снимков, МРТ, КТ, инъекций, физиотерапии, корсета, гипсовой повязки или костылей?			48.	Была ли у вас когда-либо потеря слуха или проблемы со слухом?		
21.	Был ли у вас когда-либо стрессовый перелом?			49.	Вы беспокоитесь о своем весе?		
22.	Говорили ли вам когда-нибудь о необходимости сделать рентген для проверки нестабильности шейного отдела? (Синдром Дауна или карликовость)			50.	Вы пытаетесь сами или по чьей-то рекомендации набрать вес или похудеть?		
23.	Вы регулярно пользуетесь корсетом, ортопедическими или другими приспособлениями?			51.	Вы придерживаетесь специальной диеты или избегаете определенных видов пищи?		
24.	Беспокоят ли вас перенесенные травмы костей, мышц или суставов?			52.	Были ли у вас когда-нибудь расстройства пищевого поведения?		
25.	Есть ли у вас ювенильный артрит или заболевание соединительной ткани?			53.	Есть ли у вас какие-либо проблемы, которые вы хотели бы обсудить с врачом?		
				54.	Имеются ли у вас иные проблемы со здоровьем?		
<b>ТОЛЬКО ДЛЯ ДЕВУШЕК</b>						Да	Нет
				55.	Есть ли у вас менструальные циклы?		
				56.	Были ли у вас проблемы с менструацией (схваткообразные боли, сильное кровотечение)?		
				57.	Когда у вас была последняя менструация? _____		
				58.	Какова у вас частота менструального цикла? _____		
<b>Ваши пояснения по ответам «Да»</b>							

Я ознакомился с настоящей формой и удостоверяю, что, насколько мне известно, все приведенные выше ответы на вопросы полны и точны. Я разрешаю _____ (имя ребенка) пройти медицинский осмотр, который будет включать в себя обследование паховой области и яичек у мальчиков и обследование паховой области у девочек. Если осмотр будет проводиться в школе, я понимаю, что при моем/ребенка отказе от осмотра этих частей тела медицинский работник Отдела школьного здравоохранения не сможет заполнить эту форму и выдать разрешение на участие ребенка в спортивных занятиях.	Имя и фамилия родителя/опекуна	
	Подпись родителя/опекуна	Дата
	Телефон: _____	



# PHYSICAL EXAMINATION FORM | Preparticipation Physical Evaluation

**NOTE: The medical provider should keep this form in the student's medical file. This form does not get returned to the athletic department.**

Last Name		First Name		Date of Birth	
School/Campus/ATSDBN			Grade	OSIS#	

STUDENT'S HISTORY FORM REVIEWED BY MEDICAL PROVIDER		YES NO
PHYSICIAN REMINDER - Consider the questions below		COMMENTS
Do you feel safe at your home or residence?		
Do you feel safe at school?		
Do you ever feel stressed out or under a lot of pressure?		
Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?		
Have there been any changes in your weight?		
Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?		
Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?		
Have you ever tried cigarettes, alcohol, or other drugs?		
During the past 30 days, did you use cigarettes, alcohol or other drugs?		
Are you sexually active?		
Are you using contraceptives?		
Do you wear a seat belt?		

EXAMINATION			
Height	Weight	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
BP	Pulse	Vision	Corrected
_____ / _____		R20/ _____ L20/ _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
<b>Appearance</b> • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP)		
<b>Eyes/ears/nose/throat</b> • Pupils equal • Hearing		
<b>Lymph nodes</b>		
<b>Heart<sup>a</sup></b> • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
<b>Pulses</b> • Simultaneous femoral and radial pulses		
<b>Lungs</b>		
<b>Abdomen</b>		
<b>Genitourinary (males only)<sup>b</sup></b>		
<b>Skin</b> • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
<b>Neurologic<sup>c</sup></b>		

MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
<b>Neck</b>		
<b>Back (including scoliosis screening)</b>		
<b>Shoulder/arm</b>		
<b>Elbow/forearm</b>		
<b>Wrist/hand/fingers</b>		
<b>Hip/thigh</b>		
<b>Knee</b>		
<b>Leg/ankle</b>		
<b>Foot/toes</b>		
<b>Functional</b> • Duck-walk, single leg hop		

<sup>a</sup> Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.<sup>b</sup> GU exam must be done in a private setting; the presence of a third party/chaperone is needed. It should not be performed in mass participation settings. <sup>c</sup>consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion. I have examined the above named student and completed the pre-participation physical examination. The athlete may/may not participate in the sport(s) outlined on the Recommendations for Participation in Physical Education and Sports form. This form may be rescinded until the potential consequences of the health issue are explained to both the student and his/her parents, and the health issue has been resolved. All information and recommendations contained herein are valid through the last day of the month for 12 months from the date below.

Name of medical provider (print/type)	Date	License/NPI Number
Address	Phone	
Signature of Medical Provider		
		MD/DO/NP/PA
		STAMP HERE

