

СПОРТСКО-МЕДИЦИНСКИ УПИТНИК

1 – А Општи подаци

Име, име једног родитеља и презиме		Пол	
Датум рођења		ЈМБГ	
Бр. здр. књиж./филијала РФЗО		Рег. број такмич. књижице	
Телефон / мобилни		Е-mail	
Адреса становања		Општина/Град	
Занимање		Радно место / школа	
Датум прегледа		ЛБО	

1 – Б Спортска активност

Спортска организација / клуб (назив и адреса)				
Национални грански спортски савез (назив и адреса)				
Спортска грана				
Спортска категорија				
Спортска дисциплина				
Место, односно положај у екипи				
Тренер				
Број такмичења (индивидуални спорт) у претходној години?	До 10	10–20	20–30	више од 30

Број утакмица (колективни спорт) у претходној години?	До 10	10–20	20–30	више од 30
Да ли се такмичите ван своје узрастне категорије?				
Наведите свој најбољи спортски успех				
Да ли сте члан Националне селекције?				
Које године сте почели да тренирате?				
Колико пута (сати) недељно тренирате?				
Колико сати дневно тренирате?				
Фаза такмичарског циклуса?	Пауза	припреме	такмичење	
Да ли сте упознати са законским прописима о коришћењу забрањених супстанци у сврху постизања боље спортске форме и резултата				
	Да	Не		

1 – В Медицинска анамнеза спортисте

Питање	ДА	НЕ
Да ли сте имали неко обољење или повреду од последњег лекарског прегледа обављеног ради утврђивања здравствене способности?		
Да ли сте тренутно болесни или имате неки медицински проблем?		
Да ли сте из било ког разлога престајали са спортским активностима на више од месец дана?		
Да ли Вам је икада лекар забранио или ограничио бављење физичким активностима?		
Да ли редовно / дуже време узимате неки лек?		

Да ли тренутно узимате неки лек (таблете, капсуле, инјекције, креме, масти, средства за инхалирање ...)?		
Да ли сте имали срчаних проблема, неправилан и убрзан рад срца, лупање или прескакање срца у миру, током или након физичке активности?		
Да ли сте икада имали бол у грудима, губљење даха током или након физичке активности?		
Да ли сте имали или имате повишени крвни притисак?		
Да ли Вам је икада речено да имате шум на срцу?		
Да ли сте боловали од миокардитиса?		
Да ли током физичке активности имате проблеме са органима за дисање (кашаљ, искашљавање, отежано дисање)?		
Да ли имате астму?		
Да ли сте икада имали прелом кости?		
Да ли сте имали тежу повреду мишића?		
Да ли сте икада имали тежу повреду неког зглоба (угануће, ишчашење, прелом)?		
Да ли сте икада имали тежу повреду неког лигамента или тетиве?		
Да ли имате честе или јаке главобоље?		
Да ли сте икада изгубили свест?		
Да ли сте икада имали потрес мозга?		
Да ли сте икада имали епилептични напад?		
Да ли сте икада имали осећај укочености или непријатности (жарење, пецкање, бол) дуж руке, у шаци, дуж ноге, у стопалу?		

Да ли имате проблема са видом (коригован вид, астигматизам, страбизам...)?		
Да ли имате проблема са слухом?		
Да ли често имате проблема са органима за варење (губитак апетита, мучнину, гађење, повраћање, затвор, пролив, друго)?		
Да ли сте икада имали повишен шећер?		
Да ли сте икада имали повишен ниво масноћа у крви (холестерол, ХДЛ, ЛДЛ, триглицериде)?		
Да ли имате проблема са мокрењем?		
Да ли имате инфекцију коже или друге медицински значајне промене на кожи (акне, псоријаза, гљивичне болести ...)?		
Да ли сте алергични (на полен, гриње, кућну прашину, лекове, намирнице, убод инсеката или друго)?		
Да ли сте икада лечени у болници због неке болести или повреде?		
Да ли сте икада оперисани због неке болести или повреде?		
Да ли сте боловали од инфективне мононуклеозе?		
Да ли сте боловали од жутице?		
Да ли сте прележали децје заразне болести (богиње, заушке и друго)?		
Да ли сте боловали од менингитиса?		
Да ли Вам је икада било лоше након физичке активности?		
Да ли сте икада имали вртоглавицу током или након физичке активности?		
Да ли патите од несанице?		

Да ли осећате да сте под стресом?		
Која је Виша крвна група? Rh – фактор – уписати у рубрику		
Да ли сте вакцинисани у складу са календаром вакцинације и да ли поседујете евиденцију о вакцинацији (Хепатитис А и Б,...)		
Када сте примили последњу дозу антитетанусне заштите?		
Да ли желите да имате телесну масу мању од тренутне?		
Да ли желите да имате телесну масу већу од тренутне?		
Да ли редовно морате да губите на телесној маси да бисте се такмичили у својој категорији?		
Да ли користите додатке исхрани (витамини, минерали ...)?		
Да ли сте икада користили суплементе у циљу добијања или губитка телесне масе?		
Да ли сте икада користили суплементе у циљу побољшања физичке способности или бржег опоравка?		
Да ли у сврху лечења користите неко средство из Листе забрањених средстава (ТУЕ – изузеће ради примене у терапијске сврхе)?		
Да ли често конзумирате алкохол?		
Да ли пушите (цигарете, цигаре, лулу)?		
Да ли користите дрогу или неке психоактивне супстанце?		
Да ли сте зависни од игрица, компјутера и сл.?		
ЗА ОСОБЕ ЖЕНСКОГ ПОЛА		
Да ли имате менструације? (ако је одговор НЕ, на остала питања не одговарати)		

Када је почео последњи циклус?		
Који је период између два циклуса?		
Када сте први пут добили месечни циклус?		
Да ли су менструације болне и обимне?		
Колико сте циклуса имали у претходној години?		
Колики период је био најдужи између два циклуса?		
Да ли тренирате за време циклуса?		
Одлазите ли редовно на гинеколошки преглед?		
Остало – Навести друге здравствене проблеме које сте имали, а нису побројане (болести, повреде или операције)		
Детаљније објасните питања на које сте одговорили са ДА		

1 – Д Породична анамнеза (односи се на родитеље, браћу и сестре)

Да ли Вам је неки члан породице преминуо изненада од срчаног обољења пре навршене 50. године живота?		
Да ли Вам неки члан породице болује од неког срчаног обољења?		
Да ли Вам неки члан породице има повишен крвни притисак?		
Да ли Вам је неки члан породице преминуо од možданог удара пре 50. године?		

Да ли Вам неки члан породице има болести крви (таласемија, хемофилија, тромбофилија)?		
Да ли Вам неки члан породице има проблеме са крвним судовима (анеуризма, проширене вене, венска тромбоза)?		
Да ли Вам неки члан породице има алергије, астму?		
Да ли Вам неки члан породице има проблеме са бубрезима?		
Да ли Вам неки члан породице има хроничне проблеме са зглобовима и мишићима?		
Да ли Вам неки члан породице има шећерну болест?		
Да ли Вам неки члан породице има проблема са хормоналним болестима?		
Да ли Вам неки члан породице има малигно обољење (рак)?		
Остало – Навести друге болести од којих болују чланови породице, а нису побројане		
Детаљније објасните питања на које сте одговорили са ДА		
Овим потврђујем да су моји одговори на постављена питања свеобухватни и тачни. Потпис спортисте/спортског стручњака / родитеља / старатеља		