



ЗАВОД ЗА СПОРТ И МЕДИЦИНУ СПОРТА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ



Кнеза Вишеслава 72, 11030 Београд; тел/факс: 3545 - 585; 3555 - 288
medicina@rzsport.gov.rs; www.rzsport.gov.rs

ЛИЧНИ ПОДАЦИ, СПОРТСКА И МЕДИЦИНСКА АНАМНЕЗА

Лични подаци

Име, (име оца) и презиме											Ж							
Датум рођења			ЈМБГ															
Адреса			Град															
E-mail			Телефон															
Филијала РФЗО			ЛБО															
Занимање			Радно место/ школа															

Спортска активност

Спортска организација / клуб				
Национални грански спортски савез				
Спортска грана				
Категорија				
Спортска дисциплина				
Позиција у тиму				
Тренер				
Број такмичења/утакмица у претходној години?	до 10	10-20	20-30	више од 30
Да ли се такмичите ван своје узрастне категорије?	Да	-	Не	
Наведите свој најбољи спортски успех				
Да ли сте тренутно члан Националне селекције?	Да	-	Не	
Које године сте почели да тренирате?				
Колико сати недељно тренирате?				
У којој сте фази 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	

Медицинска анамнеза спортисте

(уколико на неко питање одговорите са ДА или подвучете позитиван одговор, дајте додатне информације у табели на крају упитника)

	Питање	ДА	НЕ
1	Да ли сте имали неко обољење или повреду од последњег лекарског прегледа обављеног ради утврђивања здравствене способности?		
2	Да ли сте тренутно болесни или имате неки медицински проблем?		
3	Да ли сте из било ког разлога престајали са спортским активностима на више од месец дана?		
4	Да ли Вам је лекар икада забранио или ограничио бављење физичким активностима? (подвући)		
5	Да ли редовно или дуже време узимате неки лек?		
6	Да ли тренутно узимате неки лек (таблете, инјекције, креме, средства за инхалирање...)? (подвући)		
7	Да ли сте имали срчаних проблема, бол у грудима, лупање или прескакање срца у миру, током или након физичке активности? (подвући)		
8	Да ли сте имали или имате повишени крвни притисак?		
9	Да ли Вам је икада речено да имате шум на срцу?		
10	Да ли сте прележали дечје заразне болести (богиње, заушке и друго)		
11	Да ли сте боловали од миокардитиса, инфективне моноклеозе, жутице, менингитиса, неке друге болести? (подвући, навести болест)		
12	Да ли током физичке активности имате проблеме са органима за дисање (кашаљ, искашљавање, отежано дисање, бол у грудима)? (подвући)		
13	Да ли имате астму?		
14	Да ли сте икада имали прелом кости?		
15	Да ли сте имали тежу повреду мишића?		
16	Да ли сте икада имали тежу повреду неког зглоба (угануће, ишчашење, прелом)? (подвући)		
17	Да ли сте икада имали тежу повреду неког лигамента или тетиве?		
18	Да ли имате честе или јаке главобоље?		
19	Да ли сте икада изгубили свест?		
20	Да ли сте икада имали потрес мозга?		
21	Да ли сте икада имали епилептични напад?		
22	Да ли сте икада имали осећај укочености или непријатности (жарење, пецкање, бол) дуж руке, у шапи, дуж ноге, у стопалу? (подвући)		
23	Да ли имате проблема са видом (коригован вид, астигматизам, страбизам, друго) (подвући)		
24	Да ли имате проблема са слухом?		
25	Да ли често имате проблема са органима за варење (мучнина, гађење, повраћање, затвор, пролив, друго)? (подвући)		
26	Да ли сте икада имали повишен ниво шећера у крви?		
27	Да ли сте икада имали повишен ниво масноћа у крви (холестерол, ХДЛ, ЛДЛ, триглицериде)?		
28	Да ли имате проблема са мокрењем?		
29	Да ли имате инфекцију коже или друге медицински значајне промене на кожи (акне, псоријаза, гљивичне болести, друго)? (подвући)		
30	Да ли сте алергични на полен, гриње, прашину, лекове, намирнице, увод инсеката или друго? (подвући)		
31	Да ли сте икада лечени у болници?		
32	Да ли сте икада оперисани?		
33	Да ли сте икада имали вртоглавицу током или након физичке активности?		
34	Да ли патите од несанице?		
35	Да ли осећате да сте под стресом?		

	Питање	ДА	НЕ
36	Да ли поседујете евиденцију о вакцинацији?		
37	Да ли сте вакцинисани (хепатитис А, хепатитис Б, тетанус, друго)? (подвући)		
38	Која је Ваша крвна група и Rh фактор? (уписати у рубрику)		
39	Да ли желите да имате телесну масу мању или већу од тренутне? (подвући)		
40	Да ли редовно морате да губите на телесној маси да бисте се такмичили у својој категорији?		
41	Да ли користите додатке исхрани (витамини, минерали...)?		
42	Да ли сте икада користили суплементе у циљу добијања или губитка телесне масе, побољшања физичке способности или бржег опоравка? (подвући)		
43	Да ли у сврху лечења користите неко средство из Листе забрањених средстава (ТУЕ – изузеће ради примене у терапијске сврхе)?		
44	Да ли често конзумирате алкохол?		
45	Да ли пушите (цигарете, цигаре, лулу)?		
46	Да ли имате менструацију? (ако је одговор НЕ, на остала питања не одговарати)	ДА	НЕ
47	Када Вам је почео последњи месечни циклус?		
48	Колики је период између два циклуса?		
49	Када сте први пут добили месечни циклус?		
50	Да ли су Вам менструације болне и обимне? (подвући)		
51	Колико сте циклуса имали у претходној години?		
52	Колики период је био најдужи између два циклуса?		
53	Да ли тренирате за време месечног циклуса?		
54	Идете ли редовно на гинеколошки преглед?		

Породична анамнеза спортисте

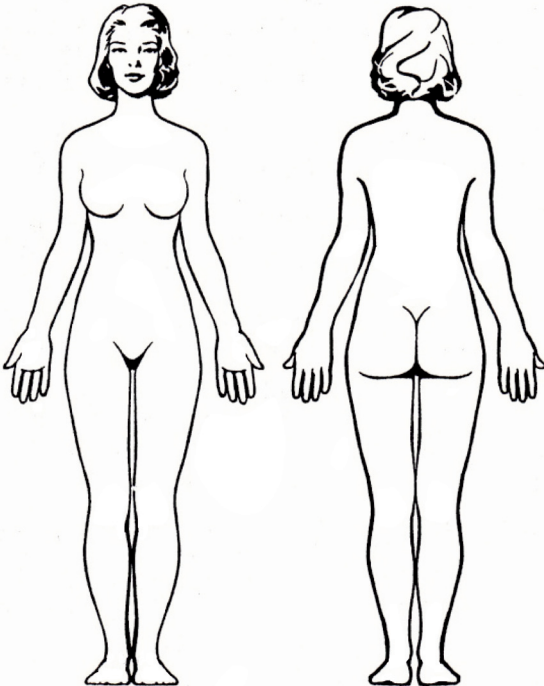
(од значаја су подаци о браћи, сестрама, родитељима, дедама и бабама, стричевима, ујацима и теткама)

	Питање	ДА	НЕ
55	Да ли Вам је неки члан породице преминуо изненада пре навршене 50. године живота?		
56	Да ли Вам неки члан породице болује или је преминуо од: (подвући) неког срчаног обољења, можданог удара, повишеног крвног притиска, болести крви, неког проблема са крвним судовима, алергије, астме, неког проблема са бубрезима, хроничних проблема са зглобовима и мишићима, шећерне болести, хормоналних болести, малигног обољења (рак)?		
57	Навести друге болести од којих болују чланови фамилије а нису побројане:		

Детаљније објасните питања на које сте одговорили са ДА

Питање бр.	Појашњење

Садашње спортске повреде

Да ли тренутно имате неко болно стање или спортску повреду?		ДА	НЕ	
Уколико сте одговорили са да означите одговарајућим симболом место и врсту бола на датој слици: оштар бол: X туп бол: * упални бол: # утрнулост: √				
		Оцените осећај бола на скали испод (заокружите): без бола – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – најјачи бол		
		Када је наступила садашња повреда?		
		Начин повређивања (детаљније опишите):		
		Да ли сте имали ову или сличну повреду раније?	ДА	НЕ
		Уколико сте одговорили са ДА, опишите детаљније:		
		Која дијагностичка процедура је примењена? (подвући) рендген, скенер, магнетна резонанца, ултразвук, изокинетички тест, biofeedback, ЕМГ,		
Који специјалиста вас је прегледао?				
Који терапијски третман је примењен за наведену повреду: (подвући) струје, ласер, магнет, вакуум, ултразвук, TENS, хладне апликације, топле апликације, масажа, тракције, акупресура, акупунктура, вежбе јачања, кондиционе вежбе, кинезитерапија,				
Да ли сте узимали неки лек/инјекције за наведену повреду?		ДА	НЕ	
Уколико сте одговорили са ДА, опишите детаљније (који лек/инјекција, која доза, трајање примене, број доза):				
Друге информације од значаја:				

Овим потврђујем да су моји одговори на постављена питања свеобухватни и тачни.

Датум

Потпис спортисте / родитеља / старатеља