

**Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno- Lecznicze w Lublinie**

**WYWIAD PROFILAKTYCZNY**

**BADANIE PODMIOTOWE PORADNI MEDYCYNY SPORTOWEJ**

(wypełnia badany, a w przypadku dzieci i młodzieży do 16 roku życia rodzic lub opiekun prawny)

**Przy postawionych pytaniach należy zakreślić prawidłową odpowiedź.**

<b>A. Czy kiedykolwiek lekarz nie wydał badanemu zgody na udział w zajęciach sportowych, jeżeli tak to z jakiego powodu ?</b>	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
<b>B. Przebyte lub istniejące choroby w szczególności:</b>			Rodzaj choroby, urazu, orientacyjna data wystąpienia , okres i sposób leczenia (leczenie w przychodni, szpitalu, operacje, leczenie w poradni specjalistycznej)
1. Układu oddechowego ( w tym problemy astmatyczne)	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
2. Układu sercowo-naczyniowego	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
3. Krwi ( w tym zaburzenia wchłaniania żelaza, niedokrwistości)	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
4. Endokrynologiczne i metaboliczne (w tym cukrzyca, choroby tarczycy)	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
5. Układu moczowo-płciowego	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
6. Układu nerwowego (w tym padaczka, epizody utraty przytomności)	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
7. Układu narządów ruchu ( w tym urazy kończyn górnych i dolnych , kręgosłupa)	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
8. Urazy głowy	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
9. Układu pokarmowego	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
10. Zaburzenia psychiczne (czy korzystałeś/aś z porady lekarza psychiatry)	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
11. Zaburzenia wzroku	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
12. Zaburzenia słuchu	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
13. Uczulenia (rodzaj substancji)	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
14. Wady wrodzone	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
<b>B. Inne problemy zdrowotne:</b>			
1. Aktualne dolegliwości i/ lub przyjmowane obecnie leki	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
2. Uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub leków psychotropowych	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	
3. Palenie papierosów (ile sztuk na dobę?)	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	

Oświadczam, że zrozumiałem/łam treść postawionych pytań i odpowiedziałem/am na nie zgodnie z moją najlepszą wiedzą wyczerpująco i prawdziwie. Wyrażam zgodę na wykonanie badań niezbędnych do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

Imię i nazwisko:.....PESEL.....  
 Zam.: Ulica.....Miejscowość.....Kod.....  
 Data badania:..... Dyscyplina.....Telefon.....

.....  
 Data i podpis badanego powyżej 16 roku życia

.....  
 Data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej