**Enter School District Name here**

**АНКЕТА ДАННЫХ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ДЛЯ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ**

|  |
| --- |
| **ЧАСТЬ 1 (ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ ИЛИ ЗАКОННЫМ ОПЕКУНОМ)** |
| ФАМИЛИЯ | ИМЯ | КЛАСС |
| ДАТА РОЖДЕНИЯ | ОСЕННИЙ ВИД СПОРТА | ЗИМНИЙ ВИД СПОРТА | ВЕСЕННИЙ ВИД СПОРТА | **ИДЕНТИФ. НОМЕР УЧАЩЕГОСЯ** |
| **МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ (заполняется до проведения медосмотра)** |
|  | **Да** | **Нет** | **Отмечались ли у данного учащегося:** |  | **Да** | **Нет** | **Данный учащийся:** |
| 1. | 🞏 | 🞏 | Хронические или рецидивирующие заболевания? | 16. | 🞏 | 🞏 | Носит очки или контактные линзы? |
| 2. | 🞏 | 🞏 | Заболевания продолжительностью более 1 недели? | 17. | 🞏 | 🞏 | Носит зубные мосты, брекеты или пластины? |
| 3.4. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Госпитализация или хирургические операции?Нервные, психические или неврологические расстройства? | 18. | 🞏 | 🞏 | Принимает какие-то лекарства? (Указать ниже.) |
| 5. | 🞏 | 🞏 | Потеря органов или нефункционирующие органы  |  | **Да**  | **Нет** | **Имеется ли история:** |
|  |  |  | (глаз, почка, печень, яичко) или железы? | 19. | 🞏 | 🞏 | Травм, требовавших медицинской помощи или лечения? |
| 6. | 🞏 | 🞏 | Аллергии (на лекарства, укусы насекомых, пищевые  | 20. | 🞏 | 🞏 | Болей или травм в области шеи или спины? |
|  |  |  | продукты)? | 21. | 🞏 | 🞏 | Болей или травм в области коленей? |
| 7. | 🞏 | 🞏 | Проблемы с сердцем или кровяным давлением? | 22. | 🞏 | 🞏 | Болей или травм в области плечей или локтей? |
| 8. | 🞏 | 🞏 | Боли в груди или тяжкая одышка при выполнении  | 23. | 🞏 | 🞏 | Болей или травм в области щиколоток? |
|  |  |  | физических упражнений? |  |  |  |  |
| 9. | 🞏 | 🞏 | Головокружение или обмороки при выполнении  | 24. | 🞏 | 🞏 | Других болей или травм в области суставов? |
|  |  |  | физических упражнений? | 25. | 🞏 | 🞏 | Переломов костей? |
| 10. | 🞏 | 🞏 | Обмороки, сильные головные боли, судороги? |  | **Да** | **Нет** | **Дополнительные медицинские данные:** |
| 11. | 🞏 | 🞏 | Сотрясение мозга или потеря сознания? | 26. | 🞏 | 🞏 | Врожденные дефекты (исправлены или нет)? |
| 12. | 🞏 | 🞏 | Тепловое истощение, тепловой удар или другие болезненные состояния, вызванные перегревом? | 27. | 🞏 | 🞏 | Смерть родителя, бабки или деда в возрасте до 40 лет по причине медицинского характера? |
| 13. | 🞏 | 🞏 | Учащенное сердцебиение, пропуски сердечных ударов, аритмия, шумы в сердце? | 28. | 🞏 | 🞏 | Родитель, бабка или дед нуждаются в лечении от болезни сердца в возрасте до 50 лет?  |
| 14.15. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Припадки или конвульсии?Тяжкие или рецидивирующие мышечные судороги? | 29. | 🞏 | 🞏 | Был на приеме у врача или в скорой помощи за последние 12 месяцев? |
| *Дата последней известной противостолбнячной прививки:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата последнего полного медицинского осмотра: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| *Дать пояснения ко всем утвердительным ответам («ДА») в этой анкете, указав все прочие факты и обстоятельства, о которых следует сообщить до проведения осмотра (при необходимости писать на обороте):* |
| **РАЗРЕШЕНИЕ РОДИТЕЛЯ (ОПЕКУНА).** Я разрешаю врачу или уполномоченному в установленном порядке помощнику врача или фельдшеру, действующим под надзором врача, провести медицинский осмотр учащегося с целью занятия спортом. Приведенные выше сведения являются полными и соответствуют действительности, и при этом мне не известны никакие причины, по которым учащийся не мог бы полноценно заниматься указанными видами спорта без опасности для здоровья. Я понимаю, что данный осмотр является лишь отборочным и что отсутствие перечисленных ниже заболеваний или проблем не означает, что учащийся не страдает никакими реальными или потенциальными заболеваниями или расстройствами, которые могли бы повлечь за собой травмы или смерть учащегося во время занятий спортом. Любые имеющиеся у меня вопросы или замечания о состоянии здоровья или безопасности учащегося должны быть переданы на рассмотрение и анализ его лечащему врачу, медработнику или в соответствующее медицинское учреждение.  |
| ИМЯ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) | ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНА  |
| АДРЕС | РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН | ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН | ДАТА |
| ИМЯ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА | СЛУЖЕБНЫЙ ТЕЛЕФОН |  |

|  |
| --- |
| **PART 2 (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING PHYSICIAN/PHYSICIAN’S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)** |
|  | NORMAL | ABNORMAL (Describe) |  |
| Eyes/Ears/Nose/Throat |  |  | Height: |
| Skin |  |  | Weight: |
| Heart |  |  | Pulse: After Ex: |
| Abdomen |  |  | BP: |
| Genital/hernia (males) |  |  | ***Recommendation:***🞏 Unlimited participation🞏 Limited participation/specific sports, events or activities🞏 Clearance withheld pending  further testing/evaluation🞏 No athletic participation***One of the above MUST be checked.*** |
| Musculoskeletal: |  |  |
|  a. Neck/Spine/Shoulders/Back |  |  |
|  b. Arms/Hands/Fingers |  |  |
|  c. Hips/Thighs/Knees/Legs |  |  |
|  d. Feet/Ankles |  |  |
| Neurologic Screening Exam (NSE) |  |  |
| **Comments:** |
| PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A., or N.P. only) | PHYSICIAN’S SIGNATURE | DATE |