**Enter Name of School District - ФОРМА фізичного ОБСТЕЖЕННЯ для занять спортом**

|  |
| --- |
| **ЧАСТИНА 1 (ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ОДНИМ З БАТЬКІВ ЧИ ОПІКУНОМ)** |
| прізвище | ім'я | КЛАС |
| ДАТА НАРОДЖЕННЯ | ЗАНЯТТЯ СПОРТОМ ВОСЕНИ | ЗАНЯТТЯ СПОРТОМ ВЗИМКУ | ЗАНЯТТЯ СПОРТОМ ВЕСНОЮ | **ідентифікаційний НОМЕР учня** |
| **МЕДИЧНА ІСТОРІЯ (має бути заповненою до початку обстеження)** |
|  | **Так** | **Ні** | **Чи мав цей учень будь-які:** |  | **Так** | **Ні** | **Цей учень:** |
| 1. | 🞏 | 🞏 | Хронічні захворювання чи хвороби з рецидивами? | 16. | 🞏 | 🞏 | Чи носить окуляри або контактні лінзи? |
| 2. | 🞏 | 🞏 | Захворювання, які тривали довше одного тижня? | 17. | 🞏 | 🞏 | Чи носить стоматологічні мости, бракети чи пластини? |
| 3.4. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Госпіталізації чи оперативні втручання?Нервові, психіатричні або неврологічні стани? | 18. | 🞏 | 🞏 | Чи приймає будь-які ліки? (Наведіть перелік нижче): |
| 5. | 🞏 | 🞏 | Втрачені чи нефункціонуючі органи (око, нирка, печінка, яєчко) чи залози? |  | **Так**  | **Ні** | **Чи є в анамнезі:** |
| 6. | 🞏 | 🞏 | Алергії (ліки, укуси комах, їжа)? | 19. | 🞏 | 🞏 | Травми, які потребують медичного догляду чи лікування? |
| 7. | 🞏 | 🞏 | Проблеми з серцем чи кров’яним тиском? | 20. | 🞏 | 🞏 | Біль чи травма шиї або спини? |
| 8. | 🞏 | 🞏 | Біль у грудях чи помітна задишка під час фізичних вправ? | 21.22. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Біль чи травма коліна?Біль чи травма плеча або ліктя? |
| 9. | 🞏 | 🞏 | Головокружіння чи памороки під час фізичних вправ? | 23. | 🞏 | 🞏 | Біль чи травма у щиколотці? |
| 10. | 🞏 | 🞏 | Памороки, сильний головний біль чи судороги? | 24. | 🞏 | 🞏 | Біль чи травма у іншому суглобі? |
| 11. | 🞏 | 🞏 | Струс мозку чи непритомність? | 25. | 🞏 | 🞏 | Зламані кістки (переломи)? |
| 12. | 🞏 | 🞏 | Знесилення від спеки, тепловий удар чи інші проблеми, пов’язані зі спекою? | 26. | **Так**🞏 | **Ні**🞏 | **Подальшій анамнез:**Вади при народженні (виправлені та ні)? |
| 13. | 🞏 | 🞏 | Часте серцебиття, пропущений, нерегулярний пульс чи шуми у серці? | 27. | 🞏 | 🞏 | Смерть одного з батьків чи бабусі або дідуся молодше за 40 років з медичної проблеми чи причини? |
| 14.15. | 🞏🞏 | 🞏🞏 | Судороги?Значні чи часті випадки м'язових судом?  | 28. | 🞏 | 🞏 | Один з батьків чи бабуся або дідусь віком молодше за 50 років потребує лікування захворювання серця? |
| *Дата останнього відомого щеплення від правця:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата останнього проведеного повного фізичного обстеження: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 29. | 🞏 | 🞏 | На протязі останніх 12 місяців відвідував лікаря стосовно термінової чи надзвичайної допомоги? |
| *Тут поясніть усі відповіді «ТАК», а також наведіть усі інші факти чи обставини, які повинні бути розкритими до обстеження (якщо необхідно, скористуйтеся зворотною сторінкою форми):* |
| **ДОЗВІЛ ВІД БАТЬКІВ/ОПІКУНА:** Я надаю дозвіл лікареві або помічнику лікаря чи практикуючій медичній сестрі, які діють під наглядом та мають належний дозвіл, провести фізичне обстеження учня для занять спортом. Інформація, яку наведено вище, є повною та точною, та мені не відомі причини, за яких учень не може повністю та безпечно приймати участь у видах спорту, що вказані вище. Я розумію, що це лише скринінгове обстеження, та що відсутність будь-яких медичних станів чи проблем, які наведені нижче, не означає дійсну відсутність у учня наявних або небезпечних станів здоров’я, що можуть призвести до травм чи смерті учня під час занять спортом. У разі, коли я матиму будь-які запитання чи стурбованість щодо здоров’я чи безпеки учня, я звернусь за аналізом чи розглядом цих питань до нашого особистого лікаря або медичного робітника.  |
| ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ БАТЬКІВ ЧИ ОПІКУНА ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ | ПІДПИС БАТЬКІВ ЧИ ОПІКУНА |
| АДРЕСА | РОБОЧИЙ ТЕЛЕФОН | ДОМАШНІЙ ТЕЛЕФОН | ДАТА |
| ІМ’Я ТА ПРІЗВИЩЕ ПОСТІЙНОГО ЛІКАРЯ | ТЕЛЕФОН КАБІНЕТУ |  |

|  |
| --- |
| **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 |