**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 |