

Медицинское заключение о допуске школьников к участию в спортивных мероприятиях — часть 1 (заполняется учащимся или родителем)

Ред.: апрель 2023 г.

АНАМНЕЗ

(Примечание. Форма заполняется пациентом и родителем/опекуном до посещения врача. Один экземпляр подшивается врачом к медицинской карте пациента, второй направляется в школу и хранится в личном деле учащегося в соответствии с требованиями закона «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA). По закону FERPA сведения о состоянии здоровья учащегося, имеющиеся в распоряжении школы, могут храниться в личном деле учащегося.)



Отсканируйте QR-код и ознакомьтесь с новыми ресурсами

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____
Пол: _____ Возраст: _____ Класс: _____ Школа: _____ Вид (-ы) спорта: _____

Лекарства и аллергические реакции: перечислите все рецептурные и безрецептурные лекарства и добавки (пищевые и на основе трав), которые вы принимаете.

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| У вас есть аллергия? | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Если да, укажите вид аллергии: |
| <input type="checkbox"/> На лекарства | <input type="checkbox"/> На пыльцу | <input type="checkbox"/> Пищевая <input type="checkbox"/> На укусы насекомых |

| Как часто за последние две недели вас беспокоили нижеперечисленные проблемы? (Оцените по шкале от 0 до 3 баллов, где 0 = совсем не беспокоили; 1 = несколько дней; 2 = более недели; 3 = почти каждый день) | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---------|
| Апатия и потеря интереса ко всему: | 0 | 1 | 2 | 3 | Плохое настроение, депрессия или безысходность: | 0 1 2 3 |

Примечание для врача. Если учащийся набрал 3 балла и более, состояние его здоровья следует оценить с помощью опросника PHQ-9 для выявления депрессивных состояний.

Поясните утвердительные ответы ниже. Если не знаете ответа на вопрос, обведите его номер.

| ОБЩИЕ ВОПРОСЫ | ДА | НЕТ | ВОПРОСЫ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ОГРАНИЧЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ. | ДА | НЕТ |
|---|----|-----|--|----|-----|
| 1. У вас есть какие-либо жалобы, которые хотелось бы обсудить с врачом? | | | 15. У вас когда-либо были стрессовые переломы, травмы костей, мышц, связок, суставов или сухожилий, из-за которых пришлось пропустить тренировки или игры? | | |
| 2. Говорил ли вам врач когда-либо о том, что у вас имеются медицинские противопоказания к занятиям спортом? | | | 16. Вас беспокоят какие-либо проблемы с костями, мышцами, связками или суставами? | | |
| 3. Вы болеете или перенесли какое-либо заболевание в последнее время? | | | ВОПРОСЫ О ПРОШЛЫХ И НАСТОЯЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ | | |
| 4. У вас была инфекция COVID-19, которая потребовала госпитализации? | | | 17. Бывают ли у вас приступы кашля, свистящего дыхания или одышки во время или после физических нагрузок? | ДА | НЕТ |
| ВОПРОСЫ О ЗДОРОВЬЕ СЕРДЦА | | | 18. Вам удаляли почку, глаз, яичко (у мужчин), селезенку или какой-либо другой орган? | | |
| 5. Бывали ли у вас обмороки или предобморочные состояния во время или после физических нагрузок? | | | 19. Вы испытываете боль в паху или яичках? У вас есть паховая грыжа (болезненное выпячивание)? | | |
| 6. Ощущали ли вы когда-либо дискомфорт, боль, ощущение стесненности или давление в груди во время физических нагрузок? | | | 20. У вас бывают рецидивирующие (периодически повторяющиеся) высыпания на коже, включая герпес и метициллин-резистентный золотистый стафилококк? | | |
| 7. Бывает ли у вас сильное сердцебиение, ощущение трепетания в груди или «замирание» пульса (аритмия) во время физических нагрузок? | | | 21. У вас были сотрясения мозга или травмы головы, которые вызвали спутанность сознания, длительную головную боль или нарушение памяти? | | |
| 8. Врач когда-либо говорил вам о том, что у вас проблемы с сердцем? Если да, выберите все подходящие варианты: ___ Высокое давление ___ Шумы в сердце ___ Высокий холестерин ___ Инфекц. заболевание сердца ___ Болезнь Кавасаки Другое: _____ | | | 22. У вас когда-либо были онемение, покалывание, слабость в руках или ногах, невозможность двигать ими после удара или падения? | | |
| 9. Врач когда-либо направлял вас на обследование сердца (например, на электрокардиографию (ЭКГ) или эхокардиографию)? | | | 23. Бывало ли вам плохо после физических нагрузок на жаре? | | |
| 10. Кружится ли у вас голова и появляется ли сильная одышка во время физических нагрузок? | | | 24. Есть ли у вас или у кого-то из ваших родных серповидноклеточная анемия или ее признаки? | | |
| 11. У вас когда-либо бывали судороги? | | | 25. У вас есть или когда-либо были проблемы с глазами или зрением? | | |
| ИСТОРИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ (ПОСТАРАЙТЕСЬ ВСПОМНИТЬ ВСЕ, ЧТО СМОЖЕТЕ) | | | ВОПРОСЫ ОБ ЭНЕРГОЗАТРАТАХ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ | | |
| 12. Бывали ли в вашей семье случаи смерти из-за проблем с сердцем или случаи внезапной смерти в возрасте до 35 лет (включая утопление и необъяснимые ДТП)? | ДА | НЕТ | 26. Вас беспокоит ваш вес? | | |
| 13. Есть ли у кого-либо из ваших родных такие наследственные заболевания, как гипертрофическая кардиомиопатия, синдром Марфана, аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка, синдромы удлиненного и укороченного интервала QT, синдром Бругада или катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия? | | | 27. Пытались ли вы/рекомендовали ли вам набрать/сбросить вес? | | |
| 14. Был ли установлен кому-либо из ваших родных кардиостимулятор или имплантируемый дефибриллятор в возрасте до 35 лет? | | | 28. Соблюдаете ли вы особую диету или избегаете ли вы определенных продуктов/целых групп продуктов? | | |
| | | | 29. У вас когда-либо были расстройства пищевого поведения? | | |
| | | | 30. У вас уже начались месячные? (Если да, ответьте на следующие вопросы.) | | |
| | | | 31. В каком возрасте у вас была первая менструация? _____ | | |
| | | | 32. Когда была последняя менструация? _____ | | |
| | | | 33. Сколько менструаций у вас было за последние 12 месяцев? _____ | | |

Поясните утвердительные ответы здесь: _____

Настоящим я подтверждаю, что мои ответы на вышеуказанные вопросы являются полными и достоверными.

Подпись спортсмена: _____ Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Раздел 1(3) положения ORS 336.479 свода законов штата Орегон с изменениями и дополнениями: «Школьный округ должен требовать от учащихся 7–12-х классов, продолжающих участие во внеклассной спортивной деятельности, проходить медицинский осмотр каждые два года». Раздел 1(5) «Любой медицинский осмотр, требуемый по данному разделу, должен проводиться (а) врачом с неограниченной лицензией на ведение медицинской практики; (б) лицензированным врачом-натуропатом; (в) лицензированным помощником врача; (г) сертифицированной практикующей медсестрой или (д) лицензированным врачом-хиропрактиком, прошедшим клиническое обучение и имеющим опыт в выявлении сердечно-легочных заболеваний и пороков».

Форма подготовлена на основе материалов ©2023 Американской академии семейных врачей (American Academy of Family Physicians), Американской академии педиатрии (American Academy of Pediatrics), Американской коллегии спортивной медицины (American College of Sports Medicine), Американского медицинского общества спортивной медицины (American Medical Society for Sports Medicine), Американского ортопедического общества спортивной медицины (American Orthopedic Society for Sports Medicine) и Американской остеопатической академии спортивной медицины (American Osteopathic Academy of Sports Medicine). Материалы о психическом здоровье, подготовленные Управлением здравоохранения штата Орегон (ОНА), можно найти на веб-сайте Ассоциации школьных мероприятий (OSAA) по указанному выше QR-коду или по адресу <https://www.osaa.org/resources>.

МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

(Примечание. Один экземпляр подписывается врачом к медицинской карте пациента, второй направляется в школу и хранится в личном деле учащегося в соответствии с требованиями закона «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA). По закону FERPA сведения о состоянии здоровья учащегося, имеющиеся в распоряжении школы, могут храниться в личном деле учащегося.)



Отсканируйте QR-код и ознакомьтесь с новыми ресурсами

Дата осмотра: _____

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Пол: _____ Возраст: _____ Класс: _____ Школа: _____ Вид (-ы) спорта: _____

| ОСМОТР | | |
|--|-------------|---|
| Рост: | Масса тела: | ИМТ, %: |
| АД: / (/) | Пульс: | Зрение П 20/ Л 20/ Коррекция <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ |
| ОБЩЕМЕДИЦИНСКИЕ | НОРМА | ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ |
| Внешний вид | | |
| Глаза/уши/нос/горло | | |
| Лимфоузлы | | |
| Сердце •Шумы (аускультация стоя, лежа, с пробой Вальсальвы и без) | | |
| Пульс | | |
| Легкие | | |
| Живот | | |
| Кожа | | |
| Неврологический статус | | |
| СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫЕ | | |
| Шея | | |
| Спина | | |
| Плечо/рука | | |
| Локоть/предплечье | | |
| Запястье/кисть/пальцы | | |
| Бедро: внешняя/внутренняя сторона | | |
| Колено | | |
| Нога/лодыжка | | |
| Стопа/пальцы ног | | |

Разрешены все виды спорта без ограничений

Разрешены все виды спорта без ограничений с рекомендациями по дальнейшему обследованию или лечению:

Не разрешено

Ожидается дальнейшее обследование

Для любого вида спорта

Для определенных видов спорта: _____

Причина: _____

Рекомендации: _____

Указанный выше учащийся мною осмотрен. Выдано медицинское заключение о допуске к участию в спортивных мероприятиях. У спортсмена нет явных клинических противопоказаний к занятиям спортом и участию в указанных выше видах спорта. Результаты медицинского осмотра хранятся в моем кабинете и могут быть переданы в школу по запросу родителей. В случае возникновения заболеваний после того, как спортсмен получит разрешение на участие в спортивных мероприятиях, врач может отменить разрешение до устранения проблемы и полного разъяснения потенциальных последствий спортсмену (и его родителям/опекунам). Эта форма является точной копией формы, которую в настоящее время требует Совет по образованию штата и в которой содержатся те же вопросы об анамнезе и данные медицинского осмотра. Также мной изучен «Рекомендуемый протокол осмотра».

Имя и фамилия врача (печатными буквами): _____

Дата: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Подпись врача: _____

Раздел 1(3) положения ORS 336.479 Свода законов штата Орегон с изменениями и дополнениями: «Школьный округ должен требовать от учащихся 7–12-х классов, продолжающих участие во внеклассной спортивной деятельности, проходить медицинский осмотр каждые два года». Раздел 1(5) «Любой медицинский осмотр, требуемый по данному разделу, должен проводиться (а) врачом с неограниченной лицензией на ведение медицинской практики; (б) лицензированным врачом-натуропатом; (в) лицензированным помощником врача; (г) сертифицированной практикующей медсестрой или (д) лицензированным врачом-хиропрактиком, прошедшим клиническое обучение и имеющим опыт в выявлении сердечно-легочных заболеваний и пороков».

Форма подготовлена на основе материалов ©2023 Американской академии семейных врачей (American Academy of Family Physicians), Американской академии педиатрии (American Academy of Pediatrics), Американской коллегии спортивной медицины (American College of Sports Medicine), Американского медицинского общества спортивной медицины (American Medical Society for Sports Medicine), Американского ортопедического общества спортивной медицины (American Orthopedic Society for Sports Medicine) и Американской остеопатической академии спортивной медицины (American Osteopathic Academy of Sports Medicine). Материалы о психическом здоровье, подготовленные Управлением здравоохранения штата Орегон (ОНА), можно найти на веб-сайте Ассоциации школьных мероприятий (OSAA) по указанному выше QR-коду или по адресу <https://www.osaa.org/resources>.