

ת.ז. \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ מין ז / נ

כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ קופת חולים \_\_\_\_\_

גורם מפנה / קבוצה \_\_\_\_\_ ענף הספורט \_\_\_\_\_ גובה (ס"מ) \_\_\_\_\_ משקל (ק"ג) \_\_\_\_\_

#### שאלות

1. האם נמצאו ליקויים בבדיקת ספורטאים קודמת? ☐ כן / ☐ לא
2. האם עברת ברור רפואי או אושפזת אי פעם? ☐ כן / ☐ לא
3. האם סבלת אי פעם מהמחלות הבאות: אסטמה/ברונכיטיס אפילפסיה/מונוקלאוזיס(מחלת נשיקה)/צהבת/שחפת/סכרת כאבי ראש תכופים/פגיעות עיניים/כיב קיבה או מחלה אחרת? ☐ כן / ☐ לא
4. האם עברת ניתוח? ☐ כן / ☐ לא
5. האם אתה נוטל תרופות עכשיו באופן קבוע? ☐ כן / ☐ לא
6. האם אירע לך אובדן הכרה או התעלפת בזמן מאמץ או אחריו? ☐ כן / ☐ לא
7. האם סבלת כאבים או לחץ בחזה בזמן מאמץ? ☐ כן / ☐ לא
8. האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? ☐ כן / ☐ לא
9. האם אתה מתעייף יותר מחבריך לפעילות בזמן מאמץ? ☐ כן / ☐ לא
10. האם אתה סובל מיתר לחץ דם? ☐ כן / ☐ לא
11. האם דווח לך אי פעם על מחלה, מום, אוושה או רשרוש בלבד? ☐ כן / ☐ לא
12. האם הרגשת דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב? ☐ כן / ☐ לא
13. האם מישוה במשפחתך נפטר מבעיות לב לפני גיל 40? ☐ כן / ☐ לא
14. האם התרחש במשפחתך מקרה מוות פתאומי לפני גיל 40? ☐ כן / ☐ לא
15. האם היה לך אי פעם זעזוע מוח או פגיעת ראש אחרת? ☐ כן / ☐ לא
16. האם סבלת אי פעם מתשישות קיצונית? ☐ כן / ☐ לא
17. האם נפצעת אי פעם(נקע/פריקה/ שבר) באחד או יותר מן הבאים: יד/כףיד/מרפק/זרוע/כתף/צוואר/גב/מותן/ירך/ברך/שוק/קידמת הרגל/כף הרגל קרסול
18. האם סבלת מבעיות עור: גירוד, נקודת חן או עור שסוע? ☐ כן / ☐ לא
19. עישון (כיום או בעבר)? ☐ כן / ☐ לא
20. האם סבלת אי פעם מהתכווצויות חוס? ☐ כן / ☐ לא
21. האם אבדת אי פעם הכרה בחוס? ☐ כן / ☐ לא
22. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? ☐ כן / ☐ לא
23. האם יש לך רגישות יתר(אלרגיה) לתרופות, דבורים וכו'? ☐ כן / ☐ לא
24. מתי לאחרונה קבלת חיסון נגד צפדת(טטנוס)? \_\_\_\_\_

#### לספורטאיות בלבד

25. באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? \_\_\_\_\_
26. מתי הופיע המחזור האחרון? \_\_\_\_\_
27. האם המחזור מופיע באורח סדיר? ☐ כן / ☐ לא

28. הערות: במידה ואחת התשובות הינה "כן" נא לפרט: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומציגים באור מלא את הרקע הרפואי שלי. ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה, אסורים ועלולים לגרום לי נזק רפואי. ידוע לי כי תוקף האישור לפעילות גופנית הינו לשנה אחת בלבד. כמו כן, אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית ומאשר/ת למסור דו"ח על תוצאות הבדיקות הרפואיות לארגון הספורט שבו אני חבר. הריני נותן הסכמתי לבדיקת בני/בתי על פי חוק הספורט ע"י מכון מדיטסט המאושר ע"י משרד הבריאות. לניבדקי ארגומטריה - הנני מצהיר/ה שהוסברה לי מהות בדיקת ארגומטריה וסיכונים שבבדיקה.

חתימת הנבדק \_\_\_\_\_  
חתימת ההורה לנבדק מתחת לגיל 18

שם מלא + מסי ת.ז. של ההורה לנבדק מתחת לגיל 18 \_\_\_\_\_

חתימת הנבדק \_\_\_\_\_  
☐ אני מאשר/ת שקראתי את מדיניות/פרטיות

### טופס בדיקה גופנית לספורטאי

#### תאריך הבדיקה:

#### נספח 2

- לחץ דם במנוחה \_\_\_\_\_ דופק במנוחה \_\_\_\_\_
- א.ק.ג. תקין / לא תקין \_\_\_\_\_
9. אף, אוזן, גרון: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  10. קשרי לימפה: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  11. ריאות ובית חזה: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  12. מפשעה: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  13. עור ומין: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  1. ראש: עיניים: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  2. צוואר: בלוטת התריס: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  3. בטן: כבד וטחול: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  4. לב: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  5. דפקים פריפריים: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  6. בדיקת עצמות ושרירים: \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  7. מיפרקים: (תנועה, סימטריה, רפיון, יציבות ברכיים) \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
  8. גפיים וכפות רגלים: (דפורמציה, צליעה, כח) \_\_\_\_\_ תקין / לא תקין
- מירוט ממצאים חיוביים: \_\_\_\_\_

☐ כשיר לפעילות בענף ספורט \_\_\_\_\_ ☐ כשיר לפעילות בהגבלה \_\_\_\_\_

## מדי טסט

חותמת התחנה לרפואת הספורט

חותמת וחתימה רופא ספורט מוסמך

רח' תפוצות ישראל 6 גבעתיים. מל: 03-7325151 פקס: 03-7326612

www.meditest.co.il meditest@meditest.co.il