

ФОРМА СБОРА АНАМНЕЗА

(Примечание: эта форма заполняется пациентом и родителем до посещения врача. Врачу следует сохранить форму в медицинской документации.)

Дата обследования: _____

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

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

Лекарства и аллергии: перечисли все рецептурные и безрецептурные лекарства и добавки (пищевые и на основе трав), которые ты принимаешь.

У тебя есть аллергия? Да Нет Если да, укажи вид аллергии ниже.

Лекарства Пыльца Пища Укусы насекомых

Поясни утвердительные ответы ниже. Если не знаешь ответа на вопрос, обведи его номер.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ	ДА	НЕТ
1. Когда ты проходил(а) полный медицинский осмотр в прошлый раз? Дата: Месяц/год ____/____ (желательно раз в 12 месяцев)		
2. Ограничивал ли врач или другой медработник твои занятия спортом по какой-либо причине?		
3. Есть ли у тебя хронические заболевания? Если да, перечисли их ниже.		
4. Тебе делали хирургические операции?		
ВОПРОСЫ О ЗДОРОВЬЕ СЕРДЦА	ДА	НЕТ
5. Бывали ли у тебя обмороки или предобморочные состояния ВО ВРЕМЯ или ПОСЛЕ физических нагрузок?		
6. Бывает ли у тебя дискомфорт, боль, стесненность или давление в груди во время физических нагрузок?		
7. Бывает ли у тебя резкое учащение или «замирание» пульса (аритмия) во время физических нагрузок?		
8. Врач когда-нибудь говорил тебе о том, что у тебя проблемы с сердцем? Если да, выбери все подходящие варианты: ___ высокое давление ___ шум в сердце ___ высокий холестерин ___ инфекц. заболевание сердца ___ болезнь Kawasaki другое: _____		
9. Врач когда-нибудь направлял тебя на обследование сердца? (Например, ЭКГ или эхокардиография.)		
10. Бывают ли у тебя головокружения или неожиданно сильная одышка во время физических нагрузок, или, может быть, ты устаешь быстрее одноклассников?		
11. У тебя когда-нибудь бывали судороги?		
ВОПРОСЫ О ЗДОРОВЬЕ СЕРДЦА В ТВОЕЙ СЕМЬЕ	ДА	НЕТ
12. Бывали ли в твоей семье случаи смерти из-за проблем с сердцем или случаи внезапной смерти в возрасте до 50 лет (включая утопление, необъяснимые ДТП или синдром внезапной детской смерти)?		
13. Есть ли у кого-то из твоих родных кардиостимулятор, имплантированный дефибрилятор либо такие заболевания, как гипертрофическая кардиомиопатия, синдром Марфана, аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка, синдромы удлиненного и укороченного интервала QT, синдром Бругада или катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия?		

ВОПРОСЫ О КОСТЯХ И СУСТАВАХ	ДА	НЕТ
14. У тебя когда-нибудь были травмы костей, мышц, связок или сухожилий, из-за которых тебе пришлось пропустить занятия, игру или мероприятие?		
15. Тебя беспокоят какие-либо проблемы с костями, мышцами или суставами?		
МЕДИЦИНСКИЕ ВОПРОСЫ	ДА	НЕТ
16. Бывают ли у тебя приступы кашля, свистящего дыхания или одышки во время или после физ. нагрузок?		
17. Тебе приходилось пользоваться ингалятором или принимать лекарства от астмы?		
18. Тебе удаляли почку, глаз, яичко (у юношей), селезенку или какой-либо другой орган?		
19. У тебя есть сыпь, пролежни или другие кожные проблемы, например герпес или инфекция МРЗС?		
20. У тебя когда-нибудь были травмы головы или сотрясения мозга?		
21. У тебя когда-нибудь были онемение, пощипывание, слабость в руках или ногах, невозможность двигать ими после удара или падения?		
22. Бывало ли тебе плохо после физ. нагрузок на жаре?		
23. Есть ли у тебя или у кого-то из твоих родных серповидноклеточная анемия или ее признак?		
24. У тебя есть проблемы с глазами или зрением?		
25. Беспокоит ли тебя твой вес?		
26. Пытаешься ли ты набрать или сбросить вес?		
27. Соблюдаешь ли ты особую диету, или избегаешь ли определенной пищи?		
28. У тебя когда-нибудь были расстройства пищевого поведения?		
29. У тебя есть какие-нибудь жалобы, которые тебе хотелось бы сегодня обсудить?		
ТОЛЬКО ДЛЯ ДЕВУШЕК	ДА	НЕТ
30. У тебя уже начались месячные?		
31. В каком возрасте у тебя была первая менструация? _____		
32. Сколько менструаций у тебя было за последние 12 месяцев? _____		

Поясни утвердительные ответы здесь: _____

Настоящим я подтверждаю, что, насколько мне известно, 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 классов, посещающих внеклассные спортивные занятия, 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, который прошел клиническое обучение и имеет опыт в выявлении сердечно-легочных заболеваний и пороков».

Форма подготовлена на основе данных ©2010 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 (American Orthopaedic Society).

ФОРМА МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

Дата обследования: _____

Имя и фамилия: _____

Дата рождения: _____

Пол: _____ Возраст: _____ Класс: _____ Школа: _____

Вид (ы) спорта: _____

ОБСЛЕДОВАНИЕ		
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		
Неврология		
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 определенного вида спорта: _____

Причина: _____

Рекомендации: _____

Указанный выше учащийся мною обследован, предварительный медицинский осмотр выполнен. У спортсмена нет явных клинических противопоказаний к занятиям спортом и участию в указанных выше видах спорта. Копия результатов медицинского осмотра хранится в моем кабинете и может быть передана 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 обследования».

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 классов, посещающих внеклассные спортивные занятия, 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) сертифицированным практикующей медсестрой или (д) лицензированным врачом-хиропрактиком, который прошел клиническое обучение и имеет опыт в выявлении сердечно-легочных заболеваний и пороков».

Форма подготовлена на основе данных ©2010 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 Orthopaedic Society f Sports Medicine).

СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫЕ

Попросить пациента:

1. Встать лицом к врачу
2. Посмотреть на потолок, на пол, через плечо, коснуться плечами ушей
3. Пожать плечами (с сопротивлением)
4. Отвести плечи на 90 градусов, задержать с сопротивлением
5. Вращать руками полностью в направлении наружу
6. Согнуть и разогнуть локти
7. Руки по швам, локти согнуты под углом 90 градусов, сгибать и разгибать запястья
8. Растопырить пальцы, сжать кулак
9. Напрягать и расслаблять квадрицепсы
10. «Гусиный шаг», 4 шага от врача
11. Встать спиной к врачу
12. Колени прямые, коснуться носков
13. Подняться на носках, затем на пятках

Для проверки:

Акромиально-ключичное сочленение, общий вид
Диапазон движений шейного отдела
Сила трапецевидных мышц
Сила дельтовидных мышц
Движение плеч
Движение локтей
Движение локтя и запястья
Движение кисти и пальцев, деформации
Симметрия и выпот в коленном/голеностопном суставе
Движение бедра, колена и лодыжки
Симметрия плеч, сколиоз
Сколиоз, движение бедер, подколенные сухожилия
Симметрия икр, сила ног

ОЦЕНКА ШУМОВ — аускультацию следует выполнять в положении сидя, лежа и на корточках в тихой комнате, используя диафрагму и колокол стетоскопа.

Данные аускультации:

1. Первый тон S1 слышится без труда; не голосистолический, мягкий, низкий
2. Второй тон S2 нормальный
3. Нет выброса или среднесистолический щелчок
4. Продолжительный диастолический шум отсутствует
5. Отсутствие раннего диастолического шума
6. Нормальный пульс на бедренной артерии
(Эквивалентный пульсу на плечевой артерии по силе и вступлению)

Исключают:

ДМЖП и митральная регургитация
Тетралогия, ДМПП и легочная гипертензия
Стеноз аорты и стеноз легочной артерии
Незаращение артериального протока
Аортальная недостаточность
Коарктация

СКРИНИНГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА МАРФАНА — Скрининг для всех юношей выше 6'0" и девушек выше 5'10" включает эхокардиографию и осмотр глаза с помощью щелевой лампы при наличии любых двух факторов:

1. Синдром Марфана в семейном анамнезе (только этот фактор требует тщательного дальнейшего исследования)
2. Шумы в сердце или среднесистолический щелчок
3. Кифосколиоз
4. Деформация передней грудной стенки
5. Размах рук больше роста
6. Соотношение длин верхней и нижней частей тела больше 1 стандартного отклонения ниже среднего
7. Миопия
8. Смещение хрусталика

СОТЯСЕНИЕ МОЗГА — Когда можно возвращаться в игру после сотрясения мозга?

После сотрясения мозга спортсмену не следует возвращаться к игре или возобновлять тренировки в тот же день. Раньше спортсменам разрешалось возвращаться к игре, если их симптомы проходили в течение 15 минут после травмы, однако исследования показали, что молодой головной мозг восстанавливается не столь быстро. В связи с этим законодательные органы штата Орегон установили правило, которое запрещает спортсменам, получившим сотрясение мозга, возвращаться к состязаниям в тот же день. Теперь приступать к состязаниям или тренировкам можно только с разрешения соответствующего квалифицированного медицинского работника.

После того, как соответствующее разрешение получено, наращивать физическую активность следует постепенно и поэтапно, чтобы мозг успел адаптироваться к нагрузкам. Прохождение каждого этапа может занимать один день. Возвращение к спортивной рутине после получения разрешения врача следует осуществлять по следующей схеме.

Этап 1. Легкие упражнения, включая ходьбу или велотренажер. Без подъема тяжестей.

Этап 2. Бег в спортзале или на стадионе. Без шлема и другой экипировки.

Этап 3. Неконтактные тренировочные сетки в полной экипировке. Можно начинать тренировки с отягощениями.

Этап 4. Тренировка с полным контактом.

Этап 5. Участие в состязаниях.

При появлении симптомов на каком-либо этапе следует прекратить нагрузки и пройти повторное обследование у лечащего врача.

Форма 581-021-0041 и протокол проведения медицинских осмотров для занятий спортом

1. Совет по образованию штата принимает данную форму на основе формы «Обследование для школьных спортивных мероприятий» от мая 2017 г., которую необходимо использовать для регистрации данных медицинского осмотра, и устанавливает рамки протокола для проведения такого медицинского осмотра. Форму можно использовать как в печатном, так и в электронном формате. Врачи могут использовать свои электронные системы регистрации медицинских данных, чтобы воспроизвести форму в электронном виде. Врачи, проводящие медосмотр учащихся 7-12 классов, посещающих внеклассные спортивные занятия, должны использовать эту форму.
2. Над строкой для подписи врача в такой форме должно быть указано следующее:
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 обследования».
3. Врачи, проводящие медосмотр после 30 апреля 2011 г. включительно и до 1 мая 2017 г., должны пользоваться формой от мая 2010 г.
4. Врачи, проводящие медосмотр после 1 мая 2017 г. включительно и до 1 мая 2018 г., должны пользоваться формой от мая 2010 г. либо от мая 2017 г.
5. Врачи, проводящие медосмотр после 1 мая 2018 г. включительно, должны пользоваться формой от мая 2017 г.

ПРИМЕЧАНИЕ. Эту форму можно найти на сайте Ассоциации школьных мероприятий штата Орегон (Oregon School Activities Association, OSAA): <http://www.osaa.org>

Юридическое основание: ORS 326.051

Акт о введении в действие: ORS 336.479