|  |
| --- |
| 1 - **А Општи подаци** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Име, име једног родитеља и презиме |   | Пол |   |
| Датум рођења |   | ЈМБГ |   |
| Бр. здр. књиж./филијала РФЗО |   | Рег. број такмич. књижице |   |
| Телефон / мобилни |   | E-mail |   |
| Адреса становања |   | Општина/Град |   |
| Занимање |   | Радно место / школа |   |
| Датум прегледа |   | ЛБО  |   |

|  |
| --- |
| **1 - Б Спортскаактивност** |

|  |  |
| --- | --- |
| Спортска организација / клуб (назив и адреса) |   |
| Национални грански спортски савез (назив и адреса) |   |
| Спортска грана |   |
| Спортска категорија |   |
| Спортска дисициплина |   |
| Место, односно положај у екипи |   |
| Тренер |   |
| Број такмичења (индивидуални спорт) у претходној години? | До 10 | 10-20 | 20-30 | више од 30 |
| Број утакмица (колективни спорт) у претходној години? | До 10 | 10-20 | 20-30 | више од 30 |
| Да ли се такмичите ван своје узрастне категорије? |   |
| Наведите свој најбољи спортски успех |   |
| Да ли сте члан Националне селекције? |   |
| Које године сте почели да тренирате? |   |
| Колико пута (сати) недељно тренирате? |   |
| Колико сати дневно тренирате? |   |
| Фаза такмичарског циклуса? | Пауза | припреме | такмичење |   |
| Да ли сте упознати са законским прописима о коришћењу забрањених супстанци у сврху постизања боље спортске форме и резултата | Да | Не |   |   |

|  |
| --- |
| **1-В Медицинска анамнеза спортисте** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Питање** | **ДА** | **НЕ** |
| Да ли сте имали неко обољење или повреду од последњег лекарског прегледа обављеног ради утврђивања здравствене способности? |   |   |
| Да ли сте тренутно болесни или имате неки медицински проблем? |   |   |
| Да ли сте из било ког разлога престајали са спортским активностима на више од месец дана? |   |   |
| Да ли Вам је икада лекар забранио или ограничио бављење физичким активностима? |   |   |
| Да ли редовно / дуже време узимате неки лек? |   |   |
| Да ли тренутно узимате неки лек (таблете, капсуле, инјекције, креме, масти, средства за инхалирање ...)? |   |   |
| Да ли сте имали срчаних проблема, неправилан и убрзан рад срца, лупање или прескакање срца у миру, током или након физичке активности? |   |   |
| Да ли сте икада имали бол у грудима, губљење даха током или након физичке активности? |   |   |
| Да ли сте имали или имате повишени крвни притисак? |   |   |
| Да ли Вам је икада речено да имате шум на срцу? |   |   |
| Да ли сте боловали од миокардитиса? |   |   |
| Да ли током физичке активности имате проблеме са органима за дисање (кашаљ, искашљавање, отежано дисање)? |   |   |
| Да ли имате астму? |   |   |
| Да ли сте икада имали прелом кости? |   |   |
| Да ли сте имали тежу повреду мишића? |   |   |
| Да ли сте икада имали тежу повреду неког зглоба (угануће, ишчашење, прелом)? |   |   |
| Да ли сте икада имали тежу повреду неког лигамента или тетиве? |   |   |
| Да ли имате честе или јаке главобоље? |   |   |
| Да ли сте икада изгубили свест? |   |   |
| Да ли сте икада имали потрес мозга? |   |   |
| Да ли сте икада имали епилептични напад? |   |   |
| Да ли сте икада имали осећај укочености или непријатности (жарење, пецкање, бол) дуж руке, у шаци, дуж ноге, у стопалу? |   |   |
| Да ли имате проблема са видом (коригован вид, астигматизам, страбизам...)? |   |   |
| Да ли имате проблема са слухом? |   |   |
| Да ли често имате проблема са органима за варење (губитак апетита, мучнину, гађење, повраћање, затвор, пролив, друго)? |   |   |
| Да ли сте икада имали повишен шећер? |   |   |
| Да ли сте икада имали повишен ниво масноћа у крви (холестерол, ХДЛ, ЛДЛ, триглицериде)? |   |   |
| Да ли имате проблема са мокрењем? |   |   |
| Да ли имате инфекцију коже или друге медицински значајне промене на кожи (акне, псоријаза, гљивичне болести ...)? |   |   |
| Да ли сте алергични (на полен, гриње, кућну прашину, лекове, намирнице, убод инсеката или друго)? |   |   |
| Да ли сте икада лечени у болници због неке болести или повреде? |   |   |
| Да ли сте икада оперисани због неке болести или повреде? |   |   |
| Да ли сте боловали од инфективне мононуклеозе? |   |   |
| Да ли сте боловали од жутице? |   |   |
| Да ли сте прележали дечје заразне болести (богиње, заушке и друго)? |   |   |
| Да ли сте боловали од менингитиса? |   |   |
| Да ли Вам је икада било лоше након физичке активности? |   |   |
| Да ли сте икада имали вртоглавицу током или након физичке активности? |   |   |
| Да ли патите од несанице? |   |   |
| Да ли осећате да сте под стресом? |   |   |
| Која је Виша крвна група? Rh - фактор - уписати у рубрику |   |   |
| Да ли сте вакцинисани у складу са календаром вакцинације и да ли поседујете евиденцију о вакцинацији (Хепатитис А и Б,...) |   |   |
| Када сте примили последњу дозу антитетанусне заштите? |   |   |
| Да ли желите да имате телесну масу мању од тренутне? |   |   |
| Да ли желите да имате телесну масу већу од тренутне? |   |   |
| Да ли редовно морате да губите на телесној маси да бисте се такмичили у својој категорији? |   |   |
| Да ли користите додатке исхрани (витамини, минерали ...)? |   |   |
| Да ли сте икада користили суплементе у циљу добијања или губитка телесне масе? |   |   |
| Да ли сте икада користили суплементе у циљу побољшања физичке способности или бржег опоравка? |   |   |
| Да ли у сврху лечења користите неко средство из Листе забрањених средстава (ТУЕ - изузеће ради примене у терапијске сврхе)? |   |   |
| Да ли често конзумирате алкохол? |   |   |
| Да ли пушите (цигарете, цигаре, лулу)? |   |   |
| Да ли користите дрогу или неке психоактивне супстанце? |  |  |
| Да ли сте зависни од игрица, компјутера и сл? |  |  |
| **ЗА ОСОБЕ ЖЕНСКОГ ПОЛА** |   |   |
| Да ли имате менструације? (ако је одговор НЕ, на остала питања не одговарати) |   |   |
| Када је почео последњи циклус? |   |   |
| Који је период између два циклуса? |   |   |
| Када сте први пут добили месечни циклус? |   |   |
| Да ли су менструације болне и обимне? |   |   |
| Колико сте циклуса имали у претходној години? |   |   |
| Колики период је био најдужи између два циклуса? |   |   |
| Да ли тренирате за време циклуса? |   |   |
| Одлазите ли редовно на гинеколошки преглед? |   |   |
| Остало − Навести друге здравствене проблеме које сте имали, а нису побројане (болести, повреде или операције)  |
| Детаљније објасните питања на које сте одговорили са **ДА**   |

|  |
| --- |
| **1 - Д Породична анамнеза** (односи се на родитеље, браћу и сестре) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Да ли Вам је неки члан породице преминуо изненада од срчаног обољења пре навршене 50. године живота? |   |   |
| Да ли Вам неки члан породице болује од неког срчаног обољења? |   |   |
| Да ли Вам неки члан породице има повишен крвни притисак? |   |   |
| Да ли Вам је неки члан породице преминуо од можданог удара пре 50. године? |   |   |
| Да ли Вам неки члан породице има болести крви (таласемија, хемофилија, тромбофилија)? |   |   |
| Да ли Вам неки члан породице има проблеме са крвним судовима (анеуризма, проширене вене, венска тромбоза? |   |   |
| Да ли Вам неки члан породице има алергије, астму? |   |   |
| Да ли Вам неки члан породице има проблеме са бубрезима? |   |   |
| Да ли Вам неки члан породице има хроничне проблеме са зглобовима и мишићима? |   |   |
| Да ли Вам неки члан породице има шећерну болест? |   |   |
| Да ли Вам неки члан породице има проблема са хормоналним болестима? |   |   |
| Да ли Вам неки члан породице има малигно обољење (рак)? |   |   |
| Остало - Навести друге болести од којих болују чланови породице, а нису побројане  |
| Детаљније објасните питања на које сте одговорили са ДА   |
| Овим потврђујем да су моји одговори на постављена питања свеобухватни и тачни. Потпис спортисте/спортског стручњака / родитеља / старатеља |

Образац 2.

СПОРТСКО- МЕДИЦИНСКИ УПИТНИК, КРАЋА ФОРМА

|  |
| --- |
| **Лични подаци** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Име (име једног родитеља) и презиме |  | **М** | **Ж** |
| Датум рођења |   | ЈМБГ |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Адреса |  | Општина/Град |   |
| E-mail |   | Телефон |   |
| Број исправе о осигурању, Филијала РФЗО |   | ЛБО |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Занимање |   | Радно место / школа |   |

|  |
| --- |
| **Спортска активност** |

|  |  |
| --- | --- |
| Спортска организација / клуб |   |
| Национални грански спортски савез |   |
| Спортска грана |   |
| Категорија |   |
| Спортска дисциплина |   |
| Место, односно положај у екипи |   |
| Тренер |   |
| Број такмичења / утакмица у претходној години? | до 10 | 10-20 | 20-30 | више од 30 |
| Да ли се такмичите ван своје узрасне категорије? | **ДА** | **НЕ** |
| Наведите свој најбољи спортски успех |   |
| Да ли сте члан Националне селекције? | **ДА** | **НЕ** |
| Које године сте почели да тренирате? |   |
| Колико сати недељно тренирате? |   |
| У којој сте фази такмичарског циклуса? | пауза | припреме | такмичење |
| Да ли сте упознати са законским прописима о коришћењу забрањених супстанци у сврху постизања боље спортске форме и резултата | **ДА** | **НЕ** |

|  |
| --- |
| **Медицинска анамнеза**(уколико на неко питање одговорите са ДА, дајте информације у табели на крају упитника) |

|  |  |
| --- | --- |
| Датум последњег лекарског прегледа? |  |
| 1. Да ли сте од тог лекарског прегледа имали неких здравствених проблема – обољење, повреду, операцију, алергију? | **ДА** | **НЕ** |
| 2. Да ли је било здравствених проблема у породици? | **ДА** | **НЕ** |
| 3. Да ли користите лекове / суплементе? | **ДА** | **НЕ** |
| 4. Да ли добро подносите физички напор? | **ДА** | **НЕ** |
| 5. Имате ли тренутно здравствених тегоба? | **ДА** | **НЕ** |
| 6. Да ли сте од последњег прегледа имали прекид физичке активности на више од месец дана због болести, повреде, операција или алергија? | **ДА** | **НЕ** |
| **Детаљнија објашњења питања на која сте одговорили са ДА:** |
| **Питање бр.** | **Појашњење** |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |

|  |
| --- |
| **Питања за особе женског пола:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Старост у тренутку прве менструације? |   |   |
| Да ли су менструални циклуси редовни? | **ДА** | **НЕ** |
| Дужина трајања циклуса? |   |   |
| Физичка активност у току менструалних крварења? | **ДА** | **НЕ** |
| Да ли је било изостанка циклуса у трајању од три месеца континуирано или збирно током читаве године? | **ДА** | **НЕ** |

**Овим потврђујем да су моји одговори на питања постављена у овом упитнику свеобухватни и тачни.**

 Датум Потпис спортисте /спортског стручњака / родитеља / старатеља

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образац 3.

ПРИСТАНАК НА ТЕСТИРАЊЕ ФИЗИЧКИМ ОПТЕРЕЋЕЊЕМ

|  |
| --- |
| Тест оптерећења срца (ергометрија) је метода којом се проверава коронарна резерва (снабдевеност срца крвљу). Овај тест нам даје податке колико је Ваше срце здраво. У употреби су тест оптерећења на покретној траци, бицикл ергометру, веслачком, кајакашком и другим ергометрима.За време теста прати се све време електрична активност срца (ЕКГ), крвни притисак и срчана фреквенција. На тај начин се прати реакција срца на физичко оптерећење. Како се изводи преглед?Док Ви ходате на покретној траци, возите статички бицикл или користите неки други ергометар у одређеним временским интервалима повећава се физичко оптерећење. Све време се региструје ЕКГ помоћу електрода које су прикачене за Ваш грудни кош. За време теста (током опоравка) се мери крвни притисак и срчана фреквенција. Тест траје док се не постигне срчана фреквенција предвиђена за Вашу животну доб и степен тренираности.Тест можете прекинути у било ком моменту ако се не осећате добро. Тест може прекинути и лекар из медицинских разлога.Тест физичким оптерећењем је ниско ризична процедура, али постоји могућност да у ретким приликама дође до компликација (2-4 на 1000 тестова).Могуће компликације су: |
| 1. Бол у грудима током теста или након завршетка теста2. Осећај несвестице3. Проблеми са дисањем4. Неправилан рад срца5. Изузетно ретко срчани удар |
| Овим потврђујем да сам детаљно обавештен/а о врсти, значају, циљу, користи и могућим последицама и ризицима предузимања и непредузимања теста оптерећења и да сам дата обавештења разумео/ла.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Датум\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Потпис учесника у спорту/законског заступника Потпис и печат лекара који је дао  обавештењеПристајем на предложени тест оптерећења.  |
| Број протокола \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Потпис спортисте/спортског стручњака: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Потпис родитеља/законског заступника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Потпис и печат лекара \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Мотивисаност за тест: никаква, слаба, добра, одлична. |

Образац 4.

ОЦЕНА ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА И ФИЗИЧКЕ СПОСОБНОСТИ СПОРТИСТЕ/СПОРТСКОГ СТРУЧЊАКА

|  |
| --- |
|  |
|

|  |
| --- |
| **ОЦЕНА ОПШТЕ ЗДРАВСТВЕНЕ СПОСОБНОСТИ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Презиме (име једног родитеља) и име |  |  |
| Датум рођења |  | Датум прегледа |  | Број протокола |  |
|  |  | Клуб |  |
| Назив Националног гранског спортског савеза |  | Спортска грана |  |
| Спортска дисциплина |  | Категорија |  |
| Клуб / школа |  |  |  |
|  |
| Оцена: | 1) способан |
|  | 2) привремено неспособан |
|  | 3) неспособан за предложену спортску грану, односно дисциплину |
|  | 4) оцена и мишљење се не могу дати због |

 |
| Упознат са чл. 19. и 20. Закона о спорту и чл. 13, 17. и 18. Правилника о спровођењу здравствених прегледа спортиста и спортских стручњака |
| Други прегледи који се захтевају спортским правилима надлежног спортског савеза:Потребно је да се ураде додатни прегледи:Потребно је да се консултује лекар специјалиста:Саветује се: |
|

|  |
| --- |
|  |
|  |
|   | Печат установе, потпис и печат лекара  |

 |
|  |
|  |
|  |