

|  |  |
| --- | --- |
| **Имя и фамилия спортсмена:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Как спортсмен предпочитает, чтобы к нему обращались:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Дата рождения спортсмена** (мм/дд/гггг):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  ☐Жен. ☐Муж. |
| **СТРАНА:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ОСНОВНЫМ ДИАГНОЗОМ Присутствует ли у спортсмена** *(отметьте все подходящие варианты)***:** |
| ☐ Аутизм | ☐ Синдром Дауна | ☐ Синдром Мартина-Белл |
| ☐ ДЦП | ☐ Алкогольный синдром плода |  |
| ☐ Другие заболевания, пожалуйста укажите:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **АЛЛЕРГИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ В ПИТАНИИ** | **ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ - Использует ли спортмен** *(отметьте все подходящие варианты)***:** |
| ☐ Нет известных аллергий | ☐ Ортопедический корсет  | ☐ Колостома | ☐ Приспособления для коммуникации  |
| ☐ Латекс  | ☐ СИПАП-аппарат | ☐ Костыли или ходунки  | ☐ Зубные протезы  |
| ☐ Медицинские препараты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Очки или контактные линзы | ☐ Гастростома и еюностома | ☐ Слуховой аппарат  |
| ☐ Укусы насекомых:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Имплантированное устройство | ☐ Ингалятор | ☐ Электрокардиостимулятор |
| ☐ Еда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ☐ Съемные зубные протезы | ☐ Шина | ☐ Инвалидная коляска |
| **Перечислите особые требования к диете:** |

|  |
| --- |
| **ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ** |
| **Перечислите все виды спорта Специальной Олимпиады, в которых спортсмен хотел бы участвовать:** |
| **Врачи когда-либо ограничивали спортсмена в занятиях спортом ?** ☐ Нет ☐ Да Если да, поясните: |  |

|  |
| --- |
| **ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ИНФЕКЦИИ, ВАКЦИНАЦИИ** |
| **Перечислите все перенесенные хирургические вмешательства:** |
| **Страдает ли спортсмен от хронических или острых инфекционных заболеваний в настоящий момент?**☐ Нет ☐ Да Если да, поясните: |
| **Обнаруживались ли у спортсмена отклонения от нормы на электрокардиограмме (ЭКГ) или эхокардиограмме (ЭХО КГ)?** *Если да, укажите дату и результаты*☐ Да, были отклонения от нормы на ЭКГ ☐ Да, были отклонения от нормы на ЭХО КГ  |
| **Проводилась ли спортсмену вакцинация от столбняка в течение последних 7 лет?**  ☐ Нет ☐ Да |
| **Был ли у спортсмена Covid -19?** ☐  Нет ☐ Да Если **да,** укажите дату положительного теста (dd/mm/yyyy )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Отметьте соответствующее поле: опишите уровень симптомов, которые испытывал спортсмен**☐ Нет симптомов ☐ Слабые симптомы - кашель, потеря вкуса, обоняния или усталость, которые прошли в течение двух (2) недель☐Умеренные симптомы - одышка при нагрузке, боли в мышцах по всему телу ☐ Тяжелые симптомы - госпитализация по любой причине.            **Опишите любые осложнения со здоровьем после заражения/заражения COVID-19**  |

|  |
| --- |
| **ЭПИЛЕПСИЯ И/ИЛИ СУДОРОГИ В АНАМНЕЗЕ** |
| **Эпилепсия или другое судорожное расстройство** | ☐ Нет | ☐ Да |  |
| *Если да, перечислите виды судорог:* |
| *Если да, случался ли судорожный припадок в течение последнего года?* | ☐ Нет | ☐ Да |  |

|  |
| --- |
| **ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ** |
| **Самотравмирующее поведение в течение последнего года** | ☐ Нет | ☐ Да | **Депрессия** *(диагностированная)* | ☐ Нет | ☐ Да |
| **Агрессивное поведение в течение последнего года**  | ☐ Нет | ☐ Да | **Тревожное расстройство** *(диагностированное)* | ☐ Нет | ☐ Да |
| **Опишите любые другие психические проблемы, при наличии:** |

|  |
| --- |
| **СЕМЕЙНАЯ ИСТОРИЯ** |
| **Были ли у спортсмена родственники, умершие от сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте до 50 лет?** | ☐ Нет  | ☐ Да |
| **Были ли у спортсмена родственники, умершие при выполнении физических упражнений?** | ☐ Нет  | ☐ Да |
| **Перечислите все случаи плохого состояния здоровья, присутствующие среди членов семьи спортсмена:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| **Имя и фамилия спортсмена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **Ставился ли спортмену когда-нибудь один из следующих диагнозов / переносил ли он одно из следующих состояний:** |
| Потеря сознания | ☐ Нет | ☐ Да | Повышенное артериальное давление | ☐ Нет | ☐ Да | Инсульт/ДНМК | ☐ Нет | ☐ Да |
| Головокружение при физической нагрузке или после нее | ☐ Нет | ☐ Да | Повышенный уровень холестерина | ☐ Нет | ☐ Да | Сотрясение мозга | ☐ Нет | ☐ Да |
| Головные боли при физической нагрузке или после нее | ☐ Нет | ☐ Да | Нарушения зрения | ☐ Нет | ☐ Да | Астма | ☐ Нет | ☐ Да |
| Боли в грудной клетке при физической нагрузке или после нее | ☐ Нет | ☐ Да | Расстройства слуха | ☐ Нет | ☐ Да | Диабет | ☐ Нет | ☐ Да |
| Одышка при физической нагрузке или после нее | ☐ Нет | ☐ Да | Увеличенная селезенка | ☐ Нет | ☐ Да | Гепатит | ☐ Нет | ☐ Да |
| Сердечная аритмия, сердцебиение, пропуски ударов | ☐ Нет | ☐ Да | Отсутствие одной почки | ☐ Нет | ☐ Да | Расстройство мочеиспускания | ☐ Нет | ☐ Да |
| Врожденный порок сердца | ☐ Нет | ☐ Да | Остеопороз | ☐ Нет | ☐ Да | Спина Бифида | ☐ Нет | ☐ Да |
| Сердечный приступ | ☐ Нет | ☐ Да | Остеопения | ☐ Нет | ☐ Да | Артрит | ☐ Нет | ☐ Да |
| Кардиомиопатия | ☐ Нет | ☐ Да | Серповидноклеточная анемия | ☐ Нет | ☐ Да | Тепловой удар | ☐ Нет | ☐ Да |
| Дисфункция сердечного клапана | ☐ Нет | ☐ Да | Гематологические черты серповидно-клеточной анемии | ☐ Нет | ☐ Да | Переломы костей | ☐ Нет | ☐ Да |
| Сердечные шумы | ☐ Нет | ☐ Да | Склонность к кровотечениям | ☐ Нет | ☐ Да | Вывихи суставов  | ☐ Нет | ☐ Да |
| Эндокардит | ☐ Нет | ☐ Да | **Для спортсменок, указажите дату последней менструации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Перечислите перенесенные переломы или вывихи** *(при положительном ответе на соответствующие вопросы выше)*: |
| **Перечислите остальные заболевания, текущие или перенесенные в прошлом:** |

|  |
| --- |
| **Неврологическая симптоматика при компрессии спинного мозга и атланто-аксиальной нестабильности** |
| **Трудности контроля кишечника или мочевого пузыря** | ☐ Нет | ☐ Да | *Если да, эти проблемы возникли или усугубились в течение последних 3 лет?* | ☐ Нет | ☐ Да |
| **Онеменение или покалывание рук, ног, ступней или кистей** | ☐ Нет | ☐ Да | *Если да, эти проблемы возникли или усугубились в течение последних 3 лет?* | ☐ Нет | ☐ Да |
| **Слабость в ногах, руках, кистях или ступнях** | ☐ Нет | ☐ Да | *Если да, эта проблема возникла или усугубилась в течение последних 3 лет?* | ☐ Нет | ☐ Да |
| **Жгучая, стреляющая боль, защемление нерва или болезненность шеи, спины,** **плеч, рук, кистей, ягодиц, ног, ступней** | ☐ Нет | ☐ Да | *Если да, эти проблемы возникли или усугубились в течение последних 3 лет?* | ☐ Нет | ☐ Да |
| **Патологический наклон головы** | ☐ Нет | ☐ Да | *Если да, эта проблема возникла или усугубилась в течение последних 3 лет?* | ☐ Нет | ☐ Да |
| **Спастичность** | ☐ Нет | ☐ Да | *Если да, эта проблема возникла или усугубилась в течение последних 3 лет?* | ☐ Нет | ☐ Да |
| **Паралич** | ☐ Нет | ☐ Да | *Если да, эта проблема возникла или усугубилась в течение последних 3 лет?*  | ☐ Нет | ☐ Да |

|  |
| --- |
| **Перечислите все принимаемые лекарственные препараты, витамины или биологически активные добавки к пище** *(включая ингаляторы, противозачаточные или гормональные препараты)* |
| Название препарата, витамина или БАД | Дозировка | Кол-во приемов в день | Название препарата, витамина или БАД | Дозировка | Кол-во приемов в день | Название препарата, витамина или БАД | Дозировка | Кол-во приемов в день |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Может ли спортмен самостоятельно принимать лекарственные препараты?**  ☐ Нет ☐ Да |
|  |  |
| **Имя, фамилия лица, заполняющего данную форму** |  **Степень родства со спортсменом Тел. Email** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Имя и фамилия спортсмена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **Данные медицинского обследования** *(Заполняется дипломированным медицинским работником, имеющим необходимую квалификацию для проведения обследований и назначения лекарственных препаратов)* |
| **Рост** | **Вес** | **ИМТ** *(опционально)* | **Температура тела** | **Пульс** | **Насыщение крови O2** | **Артериальное давление (в мм рт.ст.)** | **Зрение** |
| см | кг | ИМТ | C |  |  | АД правая рука: | АД левая рука: | Зрение справа - 20/40 и выше  ☐ Нет ☐ Да ☐ Не применимо |
| дюймы | фунты | Процент жира, % | F | Зрение слева - 20/40 и выше  ☐ Нет ☐ Да ☐ Не применимо |
|  |  |
| Слух справа (трение пальцев) | ☐ Реагирует | ☐ Не реагирует | ☐ Невозможно оценить | Кишечный шум | ☐ Да | ☐ Нет |  |
| Слух слева(трение пальцев) | ☐ Реагирует | ☐ Не реагирует | ☐ Невозможно оценить | Печень увеличена | ☐ Нет | ☐ Да |  |
| Правый ушной канал | ☐ Чистый | ☐ Ушная сера | ☐ Инородное тело | Селезенка увеличена | ☐ Нет | ☐ Да |  |
| Левый ушной канал | ☐ Чистый | ☐ Ушная сера | ☐ Инородное тело | Чувствительность в области живота | ☐ Нет | ☐ ПВК | ☐ ПНК | ☐ ЛВК | ☐ ЛНК |
| Правая барабанная перепонка | ☐ Чистая | ☐ Перфорация  | ☐ Инфекция  | ☐ Не применимо | Чувствительность в области почек | ☐ Нет | ☐ Справа | ☐ Слева |
| Левая барабанная перепонка | ☐ Чистая | ☐ Перфорация  | ☐ Инфекция  | ☐ Не применимо | Рефлекс правой верхней конечности | ☐ Нормальный | ☐ Пониженный | ☐ Гиперрефлексия |
| Гигиена полости рта | ☐ Хорошая | ☐ Достаточная | ☐ Плохая | Рефлекс левой верхней конечности | ☐ Нормальный | ☐ Пониженный | ☐ Гиперрефлексия |
| Увеличение щитовидной железы | ☐ Нет | ☐ Да |  | Рефлекс правой нижней конечности | ☐ Нормальный | ☐ Пониженный | ☐ Гиперрефлексия |
| Увеличенные лимфоузлы | ☐ Нет | ☐ Да |  | Рефлекс левой нижней конечности | ☐ Нормальный | ☐ Пониженный | ☐ Гиперрефлексия |
| Сердечные шумы (в положении лежа) | ☐ Нет | ☐ 1/6 или 2/6 | ☐ 3/6 и более | Аномальная походка | ☐ Нет | ☐ Да, поясните |
| Сердечные шумы (в положении стоя) | ☐ Нет | ☐ 1/6 или 2/6 | ☐ 3/6 и более | Спастичность | ☐ Нет | ☐ Да, поясните |
| Ритм сердца | ☐ Регулярный | ☐ Нерегулярный | Тремор | ☐ Нет | ☐ Да, поясните |
| Легкие | ☐ Чистые | ☐ Не чистые | Подвижность шеи и спины | ☐ Полная | ☐ Неполная, поясните |
| Отечность правой ноги | ☐ Нет | ☐ 1+ | ☐ 2+ | ☐ 3+ | ☐ 4+ | Подвижность верхних конечностей | ☐ Полная | ☐ Неполная, поясните |
| Отечность левой ноги | ☐ Нет | ☐ 1+ | ☐ 2+ | ☐ 3+ | ☐ 4+ | Подвижность нижних конечностей | ☐ Полная | ☐ Неполная, поясните |
| Радиальная симметрия пульса | ☐ Да | ☐ П>Л | ☐ Л>П | Сила верхних конечностей | ☐ Полная | ☐ Неполная, поясните |
| Цианоз | ☐ Нет | ☐ Да, поясните | Сила нижних конечностей | ☐ Полная | ☐ Неполная, поясните |
| Симптом "барабанных палочек" | ☐ Нет | ☐ Да, поясните | Потеря чувствительности | ☐ Нет | ☐ Да, поясните |

**Фамилия, имя спортмена:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **КОМПРЕССИЯ СПИННОГО МОЗГА И АТЛАНТО-АКСИАЛЬНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ (ААН)** *(Выбрать один вариант)* |
| **☐ Признаков неврологической симптоматики или физических признаков, указывающих на наличие компрессии спинного мозга или атланто-аксиальной нестабильности, НЕ ВЫЯВЛЕНО.****ИЛИ****☐ У спортсмена обнаружены признаки неврологической симптоматики или физические признаки, которые могут быть связаны с компрессией спинного мозга или атланто-аксиальной нестабильностью, и перед получением разрешения на участие в спортивных мероприятиях необходимо пройти дополнительное неврологическое обследование, чтобы исключить дополнительный риск травмы спинного мозга.** |
| **РАЗРЕШЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В СОРЕВНОВАНИЯХ** *(ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ВРАЧОМ, ПРОВОДИВШИМ ОБСЛЕДОВАНИЕ)**Дипломированные медицинские работники: Перед началом медосмотра, врачу, проводящему обследование, рекомендуется ознакомиться с медицинской картой и уточнить интересующие его моменты у спортсмена или его опекуна. Если спортсмену требуется пройти дополнительное медицинское обследование, запись о направлении делается в этом же документе. Врач, к которому был направлен спортсмен, заполняет страницу 5.* **☐ Данный спортсмен МОЖЕТ принимать участие в спортивных мероприятиях Специальной Олимпиады без ограничений.****☐ Данный спортсмен МОЖЕТ принимать участие в спортивных мероприятиях Специальной Олимпиады С УЧЕТОМ ограничений. Поясните****☐ Данный спортсмен НЕ МОЖЕТ принимать участие в спортивных мероприятиях Специальной Олимпиады в данный момент и ДОЛЖЕН пройти дальнейшее медицинское обследование в силу следующих причин:** |
| ☐ Нарушения, выявленные при кардиологическом обследовании | ☐ Острая инфекция | ☐ Насыщение крови O2 менее 90% при вдыхании воздуха комнатной температуры |
| ☐ Нарушения, выявленные при неврологическом обследовании | ☐ Гипертония II степени или выше | ☐ Увеличение печени или селезёнки |
| ☐ Другое, поясните: |
| **Дополнительные комментарии Дипломированного врача, проводившего медосмотр, и рекомендованное (но не обязательное) дальнейшее наблюдение:** |
| ☐ Дальнейшее наблюдение у кардиолога  | ☐ Дальнейшее наблюдение у невролога  | ☐ Дальнейшее наблюдение у терапевта |
| ☐ Дальнейшее наблюдение у окулиста  | ☐ Дальнейшее наблюдение у аудиолога  | ☐ Дальнейшее наблюдение у стоматолога или специалиста по гигиене полости рта |
| ☐ Дальнейшее наблюдение у ортопеда  | ☐ Дальнейшее наблюдение у физиотерапевта  | ☐ Дальнейшее наблюдение у диетолога |
| ☐ Другое/комментарии по обследованию: |  |
|  | Фамилия, имя: |
| E-mail: |
| Тел.:  |
| Лицензия №: |
| **Подпись дипломированного** **медицинского работника**  | Дата обследования |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Фамилия, имя спортмена:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Эта страница заполняется и подписывается только в том случае, если врач, заполняющий страницу 3, не дает разрешения на участие спортсмена в соревнованиях и указывает на необходимость дальнейшего обследования.**

**Спортсмен приносит на прием к специалисту все заполненные ранее страницы.**

|  |
| --- |
| Фамилия, имя врача, проводящего обследование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Специализация:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Мною проведено обследование данного спортсмена в связи со следующей проблемой (проблемами) в состоянии здоровья - *Поясните:* |
| ☐ Нарушения, выявленные при кардиологическом обследовании | ☐ Острая инфекция | ☐ Насыщение крови O2 менее 90% при вдыхании комнатного воздуха |
| ☐ Нарушения, выявленные при неврологическом обследовании | ☐ Гипертония II степени или выше | ☐ Увеличение печени или селезёнки |
| ☐ Другое (поясните): |
| **По моему профессиональному мнению, данный спортсмен МОЖЕТ принимать участие в спортивных мероприятиях Специальной Олимпиады (указать ограничения ниже):****☐ Да, без ограничений ☐ Да, но с учетом ограничений *(перечислите ниже)* ☐ Нет** |
| Комментарии врача, проводящего дополнительное обследование /Ограничения: |
| E-mail врача, проводящего обследование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон врача, проводящего обследование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Лицензия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **Подпись врача, проводящего обследование:** | **Дата** |
|  |  |
| **Данный раздел заполняется только представителями оргкомитета Специальной Олимпиады, в соответствующих случаях.**Это медицинское обследование проводилось в рамках мероприятия МедФест? ☐ Да ☐ НетДанный спортсмен является партнером программы Объединенного спорта или участником программы Юные атлеты? ☐ Партнер Объединенного спорта ☐ Юные атлеты |