

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 ☐ Нет  Данный спортсмен является партнером программы Объединенного спорта или участником программы Юные атлеты? ☐ Партнер Объединенного спорта ☐ Юные атлеты | | | |