

שם המטופל	_____
תאריך הדיקה	_____
מספר הדיקה	_____
שם המטופל	_____

שם המטופל	_____
תאריך הדיקה	_____
מספר הדיקה	_____
שם המטופל	_____

סמן בעיגול:  
 קופ"ח מכבי / מאוחדת / כללית / לאומית  
 ביטוח משלים כן / לא

## Medical Form

Residence \_\_\_\_\_ Surname \_\_\_\_\_ First name \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ I.D. \_\_\_\_\_

Team \_\_\_\_\_ League \_\_\_\_\_

**ממצאים:**

א.ק.ג. במטחה: \_\_\_\_\_ לחץ דם במטחה: \_\_\_\_\_

דופק במטחה: \_\_\_\_\_ פעימות לדקה

בית חזה לב: \_\_\_\_\_ ריאות: \_\_\_\_\_

**בדיקה גופנית:**

ראש: עיניים: \_\_\_\_\_ אזניים: \_\_\_\_\_ אף ונרדן: \_\_\_\_\_

כתף: כבד: \_\_\_\_\_ טרוכל: \_\_\_\_\_ עור: \_\_\_\_\_

מפשעה (שבר, בלוטות לימפה): \_\_\_\_\_ אברי סיון: \_\_\_\_\_

גזע: בלוטות התריס: \_\_\_\_\_ קשרי לימפה: \_\_\_\_\_

בדיקת עצמות ושרירים (בדיקה ארטרוסקופית): \_\_\_\_\_

מפרקים (היכון תנועה, סימטריה וריפיון, יציבות ברכיים): \_\_\_\_\_

גפיים (דטרמציית, צליעה, כח): \_\_\_\_\_ כמות רגליים (דטרמציית): \_\_\_\_\_

1. Where you ever hospitalized? Y / N
2. Have you ever needed surgery? Y / N
3. Do you suffer from Asthma? Y / N
4. Do you use medicaments regularly? Y / N
5. Did you ever suffer from heart problems? Y / N
6. Are you suffering from high blood pressure? Y / N
7. Has anyone of your family Died from heart problems before the age of 40? Y / N
8. Have you ever had a had injury? Y / N
9. Do you smoke? Y / N
10. Are you suffering from diabetes? Y / N

א.ק.ג. במאמץ: \_\_\_\_\_ א.ק.ג. בהתאוששות: \_\_\_\_\_

**סיכום תלונות במאמץ**  
 (לפי גיל שנים המאמץ)

- סיבות הפסקת מאמץ:**
1. לא תלונות
  2. כאבים בחזה
  3. קוצר נשימה
  4. סחרחורת
  5. התעלמות
  6. בחילות
  7. כאב ראש
  8. כאב רגליים
  9. אחר, פרט:
- סיבות הפסקת מאמץ:**
1. מאמץ מרוב
  2. כאבים בחזה
  3. קוצר נשימה
  4. שיטוים א.ק.ג.
  5. כאבי רגליים
  6. עייפות כללית
  7. אחר, פרט:
- תגובות לחץ דם:**
1. תקינה
  2. גבוהה
  3. נמוכה
  4. שטוחה

**מסילה**

שלב	דופק	לחץ דם
I		
II		
III		
IV		
V		
VI		

**אופניים**

דקה	עומס	דופק	לחץ דם
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**התאוששות:**

דקה	דופק	לחץ דם
1		
2		
3		
4		
5		

Signature \_\_\_\_\_

For age under 18: Parents name \_\_\_\_\_ I.D. \_\_\_\_\_ Parents Signature \_\_\_\_\_

**מסקנות:** לאחר שביצעתי את הבדיקות האמורות לעיל, מצאתי כי השחקן הנבדק:

כשיר לפעילות ספורטיבית ללא כל הגבלה.  כשיר לפעילות ספורטיבית בהגבלות הבאות: \_\_\_\_\_

לבצע את הבדיקות הבאות: א. \_\_\_\_\_ ב. \_\_\_\_\_

בלתי כשיר לפעילות ספורטיבית

אישורים רפואיים: \_\_\_\_\_