

שולם  
לתשלום  
ע"ח האגדה

Please, read the instructions carefully!!!

**Circle:**  
Sick fund Maccabi / Meuhedet / Clalit / Leumit  
Complementary insurance Yes / No

Date of the examination: \_\_\_\_\_

Place of the examination: \_\_\_\_\_

**MEDICAL EXAM**

Dear examinee, you are to fill the form thoroughly with your personal details, team details, fill out the medical questionnaire and sign at the designated place.

**In respect of an examinees under the age of 18, the questionnaire shall be filled out and signed by their parents.**

First name \_\_\_\_\_ Last name \_\_\_\_\_ St. \_\_\_\_\_ House \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_ Year of birth: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Sex: M / F

Name of your team: \_\_\_\_\_ Your sport: \_\_\_\_\_

**ממצאים:**

א.ק.ג. במנוחה: \_\_\_\_\_ לחץ דם במנוחה: \_\_\_\_\_  
דופק במנוחה: \_\_\_\_\_ פעימות לדקה  
בית חזה: לב: \_\_\_\_\_ ריאות: \_\_\_\_\_

**בדיקה גופנית:**

ראש: עיניים: \_\_\_\_\_ אזניים: \_\_\_\_\_ אף וגרון: \_\_\_\_\_  
בטן: כבד: \_\_\_\_\_ טחול: \_\_\_\_\_ עור: \_\_\_\_\_  
מפשעה (שבר, בלוטות לימפה) \_\_\_\_\_ אברי מין: \_\_\_\_\_  
צוואר: בלוטת התריס: \_\_\_\_\_ קשרי לימפה: \_\_\_\_\_  
בדיקת עצמות ושרירים (בדיקה אורתופדית) \_\_\_\_\_  
מפרקים (היקף תנועה, סימטריה וריפיון, יציבות ברכיים) \_\_\_\_\_  
גפיים (דפורמציות, צליעה, כח) \_\_\_\_\_ כפות רגליים (דפורמציות) \_\_\_\_\_

**Medical questionnaire (circle your answer):**

- Have you ever been hospitalized? Yes/No  
Reason of hospitalization: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_
- Have you ever undergone surgery? Yes/No  
Kind of surgery: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_
- Are / Have you ever been asthmatic? Yes/No
- Do you take chronic medication? Yes/No
- Are you sensitive / allergic to medication, bee stinging, etc.? Yes/No
- Have you ever lost conscience or fainted due to physical effort? Yes/No
- Have you ever suffered from chest pain when under of effort? Yes/No
- Do you experience extraordinary fatigue due to effort? Yes/No
- Do you suffer from elevated blood pressure? Yes/No
- Have you ever suffered from dizziness when under effort? Yes/No
- Have you ever been informed of murmurs in your heart? Yes/No
- Have you ever felt intensive heart beating or lack of heart beating? Yes/No
- Is there a family member in your family who died of cardiac problems or sudden death at an age under 40? Specify: \_\_\_\_\_ Yes/No
- Are you suffering from skin disorders (itching, birthmarks or skin ruptures)? Yes/No
- Have you ever suffered from head trauma? Yes/No
- Have you ever had concussion? Yes/No
- Have you ever suffered from intensive headache? Yes/No
- Have you ever suffered from the following diseases: infectious mononucleosis, jaundice, tuberculosis, diabetes, frequent headaches, sight disorders, gastric ulcer? Specify: \_\_\_\_\_ Yes/No
- Have you ever had injuries of one or more of the following organs: (sprain, dislocation or fracture of) arm, neck, back, leg? Specify: \_\_\_\_\_ Yes/No
- Have you ever suffered from febrile seizures? Yes/No
- Have you ever lost conscience when under fever? Yes/No
- Do you use insoles or cushions for feet? Yes/No
- When were you last vaccinated for tetanus? Yes/No
- Only for females!**
- At what age your first menstruation occurred? \_\_\_\_\_
- When was your most recent menstruation? \_\_\_\_\_
- Is your menstrual cycle regular? Yes/No
- Additional explanations to your answers to questions 1-25 \_\_\_\_\_

**סיכום תלונות במאמץ**  
(סמן עיגל סיבב המתאים)

- ללא תלונות
- כאבים בחזה
- קוצר נשימה
- סחרחורת
- התעלמות
- בחילות
- כאב ראש
- כאב רגלים
- אחר, פרט: \_\_\_\_\_

**סיבות הפסקת מאמץ**

- מאמץ מירבי
- כאבים בחזה
- קוצר נשימה
- שינויים בא.ק.ג.
- כאבי רגליים
- עייפות כללית
- אחר, פרט: \_\_\_\_\_
- תגובות לחץ דם: \_\_\_\_\_

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

**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		

סוג פרוטוקול:  
Ramp 20/25  
Bruce  
Astrand

**Statement:** I declare hereby that all the details provided by me above in respect of my medical status in the past and present are full and true. I permit to transfer this form of periodic medical examination to those who referred me for this examination.

Signature of the examinee: \_\_\_\_\_ Name of the parent: \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ Signature of the parent / guardian: \_\_\_\_\_

**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

אישרים רפואיים: