



Nemocnice ve Frýdku-Místku příspěvková organizace El.Krásnohorské 321, 73801 Frýdek-Místek  
IČO : 00534188 DIČ: CZ00534188 ID DATOVÉ SCHRÁNKY : xupk6pr

## DOTAZNÍK SPORTOVCE KE ZJIŠTĚNÍ POTENCIÁLNĚ ZJISTITELNÝCH NEMOCÍ SRDCE S VYSOKÝM RIZIKEM NÁHLÉ SRDEČNÍ SMRTI\*

Jméno, příjmení: \_\_\_\_\_ Datum narození: \_\_\_\_\_

Název a místo sportovního klubu: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení zákonného zástupce: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### OSOBNÍ ANAMNÉZA SPORTOVCE:

Vzor vyplnění (zatržení): Zakroužkujte správnou odpověď



	ANO	NE
Bylo Vám někdy mdlo nebo jste měl krátkodobou ztrátu vědomí při cvičení?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Měl jste někdy svírání na hrudi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vyvolalo běhání někdy svírání na hrudi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Měl jste někdy svírání na hrudi, kašel, sípání, které Vám znesnadňovalo sportovní výkon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Byl jste někdy léčen nebo hospitalizován pro astma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Měl jste někdy záchvat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Říkal Vám někdy někdo, že máte epilepsii?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Říkal Vám někdy někdo, abyste zanechal sportu kvůli zdravotním problémům?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Říkal Vám někdy někdo, že máte vysoký krevní tlak?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Říkal Vám někdy někdo, že máte vysoký cholesterol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máte problémy s dýcháním nebo kašlete při nebo po sportovní činnosti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Měl jste někdy závrať při nebo po cvičení?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Měl jste někdy bolest na hrudi při nebo po cvičení?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máte nebo měl jste někdy rychlé bušení srdce nebo přeskokování srdce?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unavíte se rychleji než Vaší přátelé při cvičení?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Říkal Vám někdy někdo, že máte srdeční šelest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Říkal Vám někdy někdo, že máte srdeční arytmií?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Měl jste někdy nějaký jiný srdeční problém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Měl jste těžkou virovou infekci (například myokarditidu nebo mononukleózu) v posledních měsících?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Říkal Vám někdy někdo, že jste měl revmatickou horečku?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Máte nějakou alergii?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Užíváte nyní nějaké léky?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Užíval jste soustavně nějaké léky v posledních dvou letech?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Nemocnice ve Frýdku-Místku příspěvková organizace El.Krásnohorské 321, 73801 Frýdek-Místek  
IČO : 00534188 DIČ: CZ00534188 ID DATOVÉ SCHRÁNKY : xupk6pr

### RODINNÁ ANAMNÉZA SPORTOVCE:

**Měl někdo ve Vaší rodině (sourozenci, rodiče, prarodiče) ve věku pod 50 let následující problémy:**

Vzor vyplnění (zatržení): Zakroužkujte správnou odpověď

	<input checked="" type="radio"/> ANO	NE
Byl léčen na opakované mdloby?	ANO	NE
Měl nevysvětlitelné záchvatové problémy?	ANO	NE
Netopil se někdy při plávaní z nevysvětlitelných příčin?	ANO	NE
Měl nevysvětlitelnou autonehodu?	ANO	NE
Měl srdeční transplantaci?	ANO	NE
Zemřel náhle a neočekávaně?	ANO	NE
Měl implantovaný pacemaker (kardiostimulátor) nebo defibrilátor (ICD)?	ANO	NE
Byl léčen pro nepravidelné srdeční bušení?	ANO	NE
Měl srdeční operace?	ANO	NE
Zažil někdo z Vaší rodiny náhlou srdeční smrt dítěte (smrt v postýlce)?	ANO	NE
Říkal někdo někomu z Vaší rodiny, že máte Marfanův syndrom?	ANO	NE

\*podle Lausanského protokolu MOV z r. 2004

V případě, že jste na některou z výše uvedených otázek odpověděl(a) kladně (ANO), upozorněte sportovního lékaře.

Dotazník by měl být zodpovězen alespoň každý druhý rok u všech sportovců na začátku soutěžní činnosti.

### SPORTOVNÍ A OSOBNÍ ANAMNÉZA (DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE):

Jste dlouhodobě sledován u lékaře specialisty?	NE	ANO Kterého?
Užíváte-li léky?	NE	ANO Které?
Byl jste operován?	NE	ANO Jaké operace?

Úrazy:

Alergie:

Druh sportovní činnosti:

Od kolika let se sportu věnujete?

Výkonnostní úroveň (profí/hobby/liga, úspěchy): Počet tréninků týdně/hodin denně:

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

podpis klienta/zákonného zástupce nezletilého