

לשימוש משרדי
שולם
לתשלום
ע"ח האגדה

תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_  
מקום הבדיקה: \_\_\_\_\_

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

אנא קרא בעיון את ההוראות!!!

**טופס בדיקה רפואית**

נבדק נכבד, עליך למלא בהקפדה את פרטיך האישיים, את פרטי הקבוצה בטופס ואת השאלון הרפואי ולחתום במקום המיועד.  
**לנבדק מתחת לגיל 18 השאלון ימולא וייחתם ע"י ההורים.**

שם פרטי: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
שם משפחה: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
ת.ז.: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
שנת לידה: \_\_\_\_\_ מסקל: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
ענף ספורט: \_\_\_\_\_ שם הקבוצה: \_\_\_\_\_

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

**שאלון רפואי (נא להקיף בעיגול):**

- האם אושפזת אי פעם? \_\_\_\_\_ כן / לא
- סיבת האשפוז: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_
- האם עברת ניתוח? \_\_\_\_\_ כן / לא
- סוג הניתוח: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_
- האם אתה סובל/סבלת מאסטמה \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם יש לך רגישות יתר/אלרגיה לתרופות לדבורים וכו'? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם ארע לך ארוע של איבוד הכרה או התעלפות בזמן מאמץ? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם סבלת כאבים בחזה בזמן מאמץ? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם אתה מתעייף באופן מיוחד בעקבות מאמץ? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם אתה סובל מיתר לחץ דם? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם דווח לך אי פעם על אוושה או שרשר בלבך? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם היתה לך תחושה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימות לבי? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם מישוה במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי לפני ששלטו לו 40 שנה? פרט: \_\_\_\_\_
- האם אתה סובל מבעיות עור (נירוד, נקודות חן או עור שסוע)? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם נפגעת פעימת ראש אי פעם? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם היה לך זעזוע מח? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם סבלת בעבר מכאבי ראש קשים? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם סבלת אי פעם מהמחלות הבאות: מחלת הנשיקה, צהבת, שחפת, סוכרת, כאבי ראש תכופים, פגיעות בעיניים, כיב קיבה פרט: \_\_\_\_\_
- האם נפצעת אי פעם באחד או יותר מן האיברים הבאים: (נקצ, פריקה או שבר) יד, צוואר, גב, רגל פרט: \_\_\_\_\_
- האם סבלת אי פעם מהתכווצויות חוס? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם אבנת אי פעם הכרה בחוס? \_\_\_\_\_ כן / לא
- האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? \_\_\_\_\_ כן / לא
- מתי קיבלת לאחרונה חיסון נגד צדפת (סטנטוס)? \_\_\_\_\_ כן / לא
- לבנות בלבד!**
- באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? \_\_\_\_\_
- מתי הופיע המחזור האחרון? \_\_\_\_\_
- האם המחזור מופיע באורח סדיר? \_\_\_\_\_ כן / לא
- הסברים נוספים בעקבות התשובות לשאלות 1-25 \_\_\_\_\_

**סיכום תלונות במאמץ**  
(סמן עיגול סביב המתאים)

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

**סיבות הפסקת מאמץ**

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

מסילה	אופניים			התאוששות			
	שלב	דופק	לחץ דם	דקה	עומס	דופק	לחץ דם
I				1			
				2			
				3			
II				4			
				5			
				6			
				7			
III				8			
				9			
IV				10			
V							
VI							

**סוג פרוטוקול:**  
Ramp 20/25  
Bruce  
Astrand

**הצהרה** הנני מצהיר בזאת כי כל הידיעות שמסרתי לעיל על מצבי הרפואי בעבר ובהווה הינן מלאות ונכונות הנני מתיר למסור את טופס הבדיקה הרפואית התקופתית למי שהפנה אותי לבדיקה זו.

**חתימת הנבדק:** \_\_\_\_\_ **שם ההורה:** \_\_\_\_\_ **ת.ז.** \_\_\_\_\_ **חתימת הורה/אפוטרופוס:** \_\_\_\_\_

**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: