

Sporta diagnostikas veselības aptaujas anketa

Vārds, Uzvārds:		Dzimšanas datums/mēnesis/gads		Šī brīža vecums:	
				Dzimums:	V
					S
Adrese:					
Sporta komanda/skola/klubs					
Sporta veids					
E-pasts					
Svars (kg)		Augums (cm)			
Vadošā roka	Labā	Kreisā	Ārstējošais ārsts/FT/u.c.*	Apmeklējuma datums*	
Kontaktpersonas/trenera tel.nr.					
Pēdējo reizi treniņš, sacensības utt. (datums)					
Treniņu slodze		(h/reizes nedēļā)	Sacensības mēnesī	(reizes)	
Kad un kur notika iepriekšējā sporta medicīnas medicīniskā pārbaude:					
Recepšu, bezrecepšu medikamenti; uztura bagātinātāji ko lietojat (ko, kad)					
Blakussaslimšanas (astma, cukura diabēts, hepatīts, anēmija u.c.)					
Kādas Jūsu pašreizējās veselības problēmas/sūdzības/ sāpes?					
Cik ilgi jau ir šī problēma? (Dienas/ nedēļas/ mēneši)					
Aprakstiet traumas situāciju					
Kā ŠODIEN jūtos. (atzīmē) <input type="checkbox"/> Vesels <input type="checkbox"/> apslimis <input type="checkbox"/> pēc slimošanas <input type="checkbox"/> bez noguruma <input type="checkbox"/> noguris					
Kāda Jūsu pašreizējā sacensību forma? <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> <40%					
Ja atbilde ir "Jā", lūdzu, precizējiet informāciju.				JĀ	NĒ
SIRDS VESELĪBAS PROBLĒMAS					
Vai Jums ir bijušas sirdsdarbības ritma traucējumi (piemēram, sirdsklauves, aritmijas utt.)?					
Vai sportojot esat sajutis sāpes, diskomfortu, spiedošu sajūtu krūškurvī?					
Vai sportojot vai pēc sporta nodarbības esat sajutis sāpes, diskomfortu, spiedošu sajūtu krūškurvī? Galvas reiboņus?					
Vai Jūsu ģimenē ir bijuši saslimšanas gadījumi ar sirds un asinsvadu sistēmas slimībām?					
Vai Jums ir kāda no minētām saslimšanām? Ja, JĀ, lūdzu, norādiet: <input type="checkbox"/> Augsts asinsspiediens <input type="checkbox"/> Sirds slimības <input type="checkbox"/> Augsts holesterīna līmenis <input type="checkbox"/> Miokardīts <input type="checkbox"/> Iedzimtas sirds slimības					
Vai sportojot nogurstat ātrāk un elpojat nekontrolētāki nekā citi?					
Komentāri					
BALSTA UN KUSTĪBU APARĀTA SASLIMŠANAS					

Vai pēdējā gada laikā esat piedzīvojis kaulu, muskuļu, saistaudu vai cīpslu traumas? Kuru dēļ esat pārtraucis trenēties, nepiedalījies sacensībās?		
Vai Jums ir bijuši kaula lūzumi? Stresa lūzumi? Locītavu mežģījumi /dislokācijas?		
Vai Jums ir veiktas injekcijas, operācijas, imobilizācija? Kas/kad?		
Vai Jūs lietojat ortozes (plaukstas, jostas u.c.)?		
Vai Jums ir kaulu, locītavu, saišu, muskuļu traumas, kas traucē sportot vai veikt ikdienas aktivitātes?		
Vai kāda no Jūsu locītavām ir iekaisušas, pietūkušas, karstas vai apsārtusi?		
Komentāri		
Vispārējais veselības stāvoklis		
Vai Jums ir alerģija pret zālēm, putekļiem, ziedputekšņiem, kukaiņiem, pārtikas produktiem u.t.t.?		
Vai Jums ir apgrūtināta elpošana sportojot?		
Vai Jums ir ādas slimības?		
Vai kādreiz ir bijušas galvas traumas/smadzeņu satricinājumi?		
Vai sportojot ir parādījušās galvassāpes?		
Vai Jums bieži ir muskuļu krampji?		
Vai Jums ir redzes traucējumi? Valkājat brilles, kontaktlēcas?		
Vai esat apmierināts ar savu ķermeņa svaru?		
Vai Jums ir īpaša diēta? Izvairāties no īpašiem pārtikas produktiem? Kādiem?		
Komentāri.		
TIKAI SIEVIETĒM		
Vai Jums ir menstruācijas periodi?		
Vai menstruācija ir regulāra?		
Vai asiņu zudums ir liels?		

*Aizpilda Sporta Diagnostikas personāls

- Ar savu parakstu zemāk apstiprinu, ka apzinos un izprotu slodzes testa procesā iespējamus riskus uz manu veselības stāvokli.
- Es apstiprinu, ka uz visiem jautājumiem esmu atbildējis/-usi godīgi.
- Es piekrītu sniegtajai veselības aprūpei man / manam bērnam.

Paraksts _____

Datums: ____/____/____

Vecāku/aizbildņa paraksts/vārds/uzvārds _____

Sporta diagnostika

Siguldas Sporta centrs, Ata Kronvalda iela 7a, Sigulda

T:+371 29241115

E-pasts: sd@siguldassports.lv

www.siguldassports.lv