

ورزش:	تیم:	تاریخ تولد:
آدرس:		
موبایل:	ایمیل:	تلفن:
فرد نزدیک در شرایط اورژانس:		نسبت با فرد:
شماره فرد نزدیک:		پزشک تیم:

پست ورزشی:	سمت غالب:	تعداد بازی های فصل قبل:
از دست دادن بازی، تمرین یا تعویض به خاطر آسیب در فصل گذشته:		

رضایت نامه:

الف. اینجانب موافقت خود را با انجام بررسی ها و معاینات زیر اعلام می نمایم تا کادر پزشکی مطمئن شوند که من برای انجام ورزش دارای سلامت هستم

ب. من مطلع هستم که پرونده پزشکی من با پزشک/فیزیوتراپیست و مربی اینجانب در میان گذاشته خواهد شد، بجز این افراد، اطلاعات پرونده من محرمانه بوده و تنها با اجازه من در اختیار دیگران قرار می گیرد

ج. بدین ترتیب اعلام می دارم که به صورت آگاهانه از ابراز اطلاعات پزشکی خودداری نکرده ام که می تواند بر این تصمیم که آیا اجازه انجام ورزش دارم اثر بگذارد

د. به این وسیله ☐رضایت/☐عدم رضایت خود را برای استفاده احتمالی از محتوای این پرونده به صورت بدون اسم و با حفظ اصول محرمانه برای اهداف پژوهشی اعلام می دارم

نام..... تاریخ..... امضا.....

لطفا به این سوالات پاسخ دهید، اگر مطمئن نیستید "؟" را انتخاب کنید

سوالات	بله	خیر	؟
سابقه ای از درد قفسه سینه/ سبکی سر/ از حال رفتن در هنگام و پس از ورزش داشته اید؟			
اقوام درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) سابقه مرگ ناگهانی زیر ۵۵ سال داشته اند؟			
آیا پزشکی برای شما تشخیص بیماری قلبی گذاشته است؟			
آیا حس تپش قلب، ضربان نابجا در قلب خود داشته اید؟			
آیا فشار خون، چربی خون بالا داشته اید؟			
آیا تا به حال به خاطر مشکل قلبی از ورزش منع شده اید؟			
هیچ کدام از اعضای خانواده مشکل قلبی مرتبط با ورزش داشته اند؟			
آیا سابقه آسم/ تنگی نفس و یا سرفه در هنگام و پس از ورزش داشته اید؟			
آیا سابقه عفونت مکرر تنفسی داشته اید؟			
آیا سابقه ضربه به سر یا از هوش رفتن بر اثر ضربه به سر داشته اید؟			
آیا برای نیاز عینک/ لنز دارید؟			
آیا مشکل مزاجی اسهال/ یبوست/ ناراحتی گوارشی دارید؟			
آیا مشکل عفونت ادراری دارید؟			
آیا دچار عفونت های مکرر می شوید؟			
آیا دچار از دست رفتن اشتها و یا کاهش وزن شده اید؟			
آیا دچار عفونت مکرر بینی، گوش، حلق و یا سینوس ها می شوید؟			
آیا هیچ مشکل پوستی دارید؟ (اگزما، پسوریازیس، درماتیت؟)			
آیا بیماری دارید که برای آن باید همیشه به پزشک مراجعه کنید؟			
در صورت وجود ذکر کنید:			
آیا فرم TUE در ۱۲ ماه گذشته درخواست داده اید؟			
آیا در حال حاضر دارو و یا مکمل مصرف می کنید؟			
در صورت وجود ذکر کنید:			
آیا سابقه بستری بجز علت آسیب ورزشی داشته اید؟			
برای ورزشکاران زن: آیا عادت ماهانه شما شروع شده است؟			
برای ورزشکاران زن: آیا دچار اختلال عادت ماهانه شده اید؟			

۱- بدن سنجی:

قد (سانتی متر):	وزن (کیلوگرم):

کرایتریای سندرم مارفان: خیر ☐ بله، ذکر کنید: دفرمیتی سینه ☐، پاها و دست ها بلند ☐، دررفتگی لنز ☐، سایر.....

۲- شرح حال توسط پزشک:

قلب و عروق:

بیماری قلبی تشخیص داده شده: ندارد ☐ دارد ☐

علائم قلبی	خیر	در هنگام / پس از ورزش	در هنگام استراحت
درد یا سنگینی در قفسه سینه	☐	☐	☐
تنگی نفس	☐	☐	☐
تپش قلب	☐	☐	☐
آریتمی	☐	☐	☐
گیج رفتن و سبکی سر	☐	☐	☐
سنکوپ	☐	☐	☐
زودتر خسته شدن نسبت به همگروهی ها	☐	☐	☐

سابقه بیماری قلبی زودرس در نزدیکان درجه ۱ (مردان زیر ۵۵ سال و زنان زیر ۶۵ سال)				
مشکل قلبی	خیر	پدر	مادر	خواهر/برادر
مرگ ناگهانی قلبی				
بیماری عروق کرونری و سابقه آنژوگرافی، جراحی و سکته قلبی				
کاردیومیوپاتی				
سنکوپ				
آریتمی				
مشکلات دریچه ای				
نصب پیس میکر و دفیبریلاتور				
چربی خون بالا				

عضلانی/اسکلتی:

سابقه جراحی به خاطر آسیب (نوع جراحی، راست یا چپ، سال انجام):

..... ۱

..... ۲

..... ۳

آسیب فعلی (نوع آسیب، راست یا چپ، درمان با استراحت، فیزیوتراپی)

..... ۱

..... ۲

..... ۳

۳- سابقه دارویی توسط پزشک:

داروهای ۱۲ ماه گذشته:

مکمل های ۱۲ ماه گذشته:

۴-معاینات:

examination	right	left
Gastrointestinal		
Hernia		
Organomegaly		
ENT		
EYE		
Skin		
Neurologic (force & tone)		
Heart		
Lungs		

4.1. 12-lead resting ECG in supine position after 5 minutes' rest

(Please attach print)

Heart rate /min		
Rhythm/conduction	☐ normal	☐ abnormal, please specify: ☐ premature ventricular beats ☐ premature supraventricular beats ☐ supraventricular tachycardia ☐ atrial flutter/fibrillation ☐ delta wave ☐ atrio-ventricular block please specify: ☐ first degree ☐ second degree type 1 ☐ second degree type 2 ☐ third degree
Time indices	PQms QRSms QTCms	broader in V1 , V2
Atrial enlargement	☐ no	☐ yes, left (negative portion of the p wave in lead V1 ≥ 0.1 mv in depth and ≥ 0.04 in duration) ☐ yes, right (peaked p wave in leads II and III or V1 ≥ 0.25 mv in amplitude)
Depolarization / QRS complex		
Axis	☐ normal	☐ abnormal ($\geq +120^\circ$ or -30° to 90°)
Voltage	☐ normal	☐ abnormal
LV hypertrophy	☐ no	☐ yes
Q wave	☐ normal	☐ abnormal (>0.04 s in duration or $>25\%$ of height of ensuing R wave or QS pattern in two or more leads)

Bundle branch block	☐ no	☐ yes, please specify: ☐ complete (>0.12 s) left ☐ complete (>0.12 s) right ☐ incomplete left anterior ☐ Incomplete left posterior ☐ incomplete right
R wave	☐ normal	☐ pathologic R or R' wave in lead V1 (≥0.5 mv in amplitude + R/s ratio ≥1) ☐ others
Repolarisation (ST – segment, T waves, QT –interval) ☐ normal ☐ abnormal, please specify:		

Lead	I	II	III	aVR	aVL	AVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
ST – depression												
ST – elevation												
T wave flattening												
T wave inversion												

Summarizing assessment of ECG	☐ normal	☐ abnormal
--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

CLEARANCE FORM

Medical history

- ☐ Normal
- ☐ eligible for competitive sport, follow – up required,
please specify:
- ☐ Play not recommended
Please specify:

Clinical examination

- ☐ Normal
- ☐ eligible for competitive sport, follow – up required,
please specify:
- ☐ Play not recommended
Please specify:

12-lead resting ECG

- ☐ Normal
- ☐ eligible for competitive sport, follow – up required,
please specify:
- ☐ Play not recommended
Please specify:

Other findings

- ☐ Normal
- ☐ Eligible for competitive sport, follow – up required,
please specify:
- ☐ Play not recommended
Please specify:

Eligibility for competitive sport: ☐ yes ☐ no