

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.....

لطفاً 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 گورشی 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تنگی نفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تپش قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
آریتمی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
گیج رفتن و سبکی سر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سنکوپ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زودتر خسته شدن نسبت به همگروهی ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:



فرم الف 1
معاینات عمومی پیش از رقابت ورزشکاران

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

4.1. Cardiovascular system examination

Rhythm	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> arrhythmic
Heart sounds	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify: <input type="checkbox"/> split <input type="checkbox"/> paradoxically <input type="checkbox"/> split 3rd heart <input type="checkbox"/> sound 4th heart
Heart murmurs	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes, please specify: <input type="checkbox"/> systolic-intensity: /6 <input type="checkbox"/> diastolic-intensity: /6 <input type="checkbox"/> clicks <input type="checkbox"/> changes during Valsalva maneuver <input type="checkbox"/> changes when abruptly stands up
Peripheral edema	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Jugular veins (45' position)	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal
Hepato-jugular reflux	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
<u>Blood vessels</u>		
Peripheral pulses	<input type="checkbox"/> palpable	<input type="checkbox"/> not palpable
Delay in femoral pulses	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Vascular bruits	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Varicose veins	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
<u>Heart rate after 5 minutes rest</u> ...../min		
<u>Blood pressure in supine position after 5 minutes</u>		
Right arm	...../..... mmHg	
Left arm	...../..... mmHg	
Ankle	...../..... mmHg	

4.2. 12-lead resting ECG in supine position after 5 minutes' rest

(Please attach print)

Heart rate /min	
Rhythm/conduction	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal, please specify: <input type="checkbox"/> premature ventricular beats <input type="checkbox"/> premature supraventricular beats <input type="checkbox"/> supraventricular tachycardia <input type="checkbox"/> atrial flutter/fibrillation <input type="checkbox"/> delta wave <input type="checkbox"/> atrio-ventricular block please specify: <input type="checkbox"/> first degree <input type="checkbox"/> second degree type 1 <input type="checkbox"/> second degree type 2 <input type="checkbox"/> third degree
Time indices	PQ .....ms QRS .....ms broader in V1 , V2 QTC .....ms
Atrial enlargement	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes, left (negative portion of the p wave in lead V1 \geq 0.1 mv in depth and \geq 0.04 in duration) <input type="checkbox"/> yes, right (peaked p wave in leads II and III or V1 \geq 0.25mv in amplitude)
Depolarization / QRS complex	
Axis	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal (\geq +120' or -30' to 90')
Voltage	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal
LV hypertrophy	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
Q wave	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes, please specify: <input type="checkbox"/> complete (>0.12 s) left <input type="checkbox"/> complete (>0.12 s) right <input type="checkbox"/> incomplete left anterior <input type="checkbox"/> Incomplete left posterior <input type="checkbox"/> incomplete right										
R wave	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologic R or R' wave in lead V1 (≥0.5 mv in amplitude + R/s ratio ≥1) <input type="checkbox"/> others										
Repolarisation (ST – segment, T waves, QT –interval)												
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> 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												
<input type="checkbox"/> normal						<input type="checkbox"/> abnormal						

4.3. Echocardiography (Normal values of general population)

Body surface area (BSA):.....m ²	
Left ventricular (LV)	
End- diastolic diameter	cm/m ²
(normal values: women 2.4-3.2 cm/m ² , men 2.2-3.1 cm/m ²)	
End – systolic diameter	cm/m ²
End-diastolic interventricular septum thickness	cm/m ²
(normal values: women <0.9 cm/m ² , men <1.0 cm/m ²)	
Diastolic posterior wall thickness	cm/m ²
(normal values: women <0.9 cm/m ² , men <1.0 cm/m ²)	
LV Diastolic volume	ml/m ²
(normal values: women and men 35-75 ml/m ²)	
LV systolic volume	ml/m ²
(normal values: women and men 12-30 ml/m ²)	
LV systolic volume	ml/m ²
(normal values: women and men 12-30 ml/m ²)	
LVMMI (LV mass/BSA; linear method)	g/m ²
(normal values: women<95 g/m ² , men <115 g/m ²)	

Systolic function	
Mitral anterior movement	mm
Fraction shortening (endocardial)	%
(normal values : women>27% and men >25%)	
Ejection fraction (simpson biplane or area length method)	%
(normal value: >=55%)	
Regional wall motion	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal
Diastolic function	E wave cm/s A wave cm/s (E/A ratio) Deceleration time .....ms E' (tissue Doppler) septal .....cm/s Lateral wall .....cm/s E/E'
<u>Left atrium</u>	
Diameter (m-mode,parasternal long axis)	cm
Area (4-chamber view)	cm
(normal value: <20 cm ²)	
Volume (in simpson or area length method)	ml/m²
(normal value: women and men <28ml/m ²)	

<u>Right atrium /inferior vena cava</u>		
Area (4-chamber view)	.....cm	
IVC diameter	.....cm	
Respiratory variability of the IVC	<input type="checkbox"/> >50%	<input type="checkbox"/> <50%
<u>Right ventricle</u>		
Mid-RV diameter (4-chamber view ,RVD 2)	..... cm	(normal value:<3.3 cm)
Base –to–apex length (4-chamber view ,RVD 3)	..... cm	(normal value:<7.9 cm)
Fac (fractional area change)	..... %	(normal value:>32%)
TAM (tricuspidal anterior motion)	..... mm	
Systolic RV/RA gradient	.....mmHg	
Regional wall motion	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal
Local aneurysm	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Hypertrophy	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Free wall thickness	.....cm	(normal :< 0.5 cm)
<u>Cardiac valves</u>		
Aortic valve	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal
Mitral valve	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal
Tricuspid valve	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal
Pulmonal valve	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal
Specify abnormalities.....		
Aortic root diameter (Aod,sinusvalsalva)	..... cm	
Aortic ascendens	..... cm	
Summarizing assessment of echocardiography <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal		

Cardiovascular eligibility for competitive sport	
<input type="checkbox"/> Eligible	<p>needs investigation for</p> <p>Cardiomiopathy</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hypertrophic cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy <input type="checkbox"/> Dilated cardiomyopathy <p>Ion channel disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> long QT syndromes <input type="checkbox"/> Short QT syndrome <input type="checkbox"/> Brugada syndrome <input type="checkbox"/> Catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia <p>Coronary artery disease</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Congenital coronary artery anomalies <input type="checkbox"/> Premature coronary artery disease <p>Valvular and aorta disorders</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aortic stenosis <input type="checkbox"/> Marfan syndrome <input type="checkbox"/> Mitral valve prolapse <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wolff-Parkinson-White syndrome <input type="checkbox"/> Idiopathic left ventricular hypertrophy <p><input type="checkbox"/> Other, please specify.....</p>

4.4. spinal column and pelvic level

Spine form	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> flat	<input type="checkbox"/> hyper kyphosis	<input type="checkbox"/> hyper lordosis	<input type="checkbox"/> scoliosis
Pelvic level	<input type="checkbox"/> even	..... cm lower	<input type="checkbox"/> right	<input type="checkbox"/> left	
Sacroiliac joint	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal			
Cervical rotation					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> restricted	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> restricted	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
spinal flexion	distance fingertips to floor	..... cm			

4.5. Examination of Upper extremity

Active elevation			
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:.....	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:.....	
Active external rotation			
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:.....	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:.....	
Active internal rotation			
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:.....	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:.....	
Active "compression"			
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:.....	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:.....	
other			
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:.....	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:.....	

4.6. Examination of hip, groin and thigh

Flexibility of the hip						
Flexion (passive)						
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	.....'	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	.....'	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Extension (passive)						
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	.....'	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	.....'	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Inward rotation (in 90' flexion)						
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	.....'	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	.....'	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Outward rotation (in 90' flexion)						
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	.....'	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	.....'	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Abduction						
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	.....'	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	.....'	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Tenderness on groin palpation						
Right	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> pubis		<input type="checkbox"/> inguinal canal		
Left	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> pubis		<input type="checkbox"/> inguinal canal		
Hernia						
Right	<input type="checkbox"/> no	yes, please specify:.....				
Left	<input type="checkbox"/> no	yes, please specify:.....				
Hamstrings						
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> shortened		painful:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> shortened		painful:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Iliopsoas						
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> shortened		painful:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> shortened		painful:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Rectus femoris						
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> shortened		painful:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> shortened		painful:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Tensor fascia latae muscle (iliotibial band)						
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> shortened		painful:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> shortened		painful:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes

4.7. Examination of knee

Knee joint axis					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> genu varum	<input type="checkbox"/> genu valgum		
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> genu varum	<input type="checkbox"/> genu valgum		
Flexion (passive)					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited'	<input type="checkbox"/> painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited'	<input type="checkbox"/> painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Extension (passive)					
Right	<input type="checkbox"/> 0'	<input type="checkbox"/> limited'	<input type="checkbox"/> painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
		<input type="checkbox"/> hyper-extension'			
Left	<input type="checkbox"/> 0'	<input type="checkbox"/> limited'	<input type="checkbox"/> painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
		<input type="checkbox"/> hyper-extension'			
Lachman test					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Grade 1 (less than 5 mm)	<input type="checkbox"/> Grade 2 (5-10 mm)	<input type="checkbox"/> Grade 3 (more than 10 mm)	<input type="checkbox"/> No end point
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Grade 1 (less than 5 mm)	<input type="checkbox"/> Grade 2 (5-10 mm)	<input type="checkbox"/> Grade 3 (more than 10 mm)	<input type="checkbox"/> No end point
Anterior drawer sign (knee joint in 90' flexion)					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Posterior drawer sign (knee joint in 90' flexion)					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Valgus stress, in extension					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Valgus stress, in 30' flexion					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Varus stress ,in extension					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Varus stress , in 30' flexion					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	

Mcmurray test

Right normal joint line discomfort locking
left normal joint line discomfort locking

4.8. Examination of lower leg, ankle and foot

Tenderness of Achilles tendon					
Right	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes			
Left	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes			
Anterior drawer sign					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++	
Dorsiflexion					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Plantar flexion					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Total supination					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Total pronation					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limited	painful	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes
Metatarsophalangeal joint					
Right	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathological			
Left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathological			



CLEARANCE FORM

Medical history <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> eligible for competitive sport, follow – up required, please specify: <input type="checkbox"/> Play not recommended Please specify:
Clinical examination <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> eligible for competitive sport, follow – up required, please specify: <input type="checkbox"/> Play not recommended Please specify:
Orthopedic examination <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> eligible for competitive sport, follow – up required, please specify: <input type="checkbox"/> Play not recommended Please specify:
12-lead resting ECG <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> eligible for competitive sport, follow – up required, please specify: <input type="checkbox"/> Play not recommended Please specify:
Echocardiography <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Eligible for competitive sport, follow – up required, please specify: <input type="checkbox"/> Play not recommended Please specify:
Other findings <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Eligible for competitive sport, follow – up required, please specify: <input type="checkbox"/> Play not recommended Please specify:

Eligibility for competitive sport: yes no