

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):	درصد چربی بدن:	وزن توده عضلانی:

کرایتریای سندرم مارفان: خیر  بله، ذکر کنید: دفرمیتی سینه ، پاهای 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 آنژیوگرافی، 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. 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
<b><u>Blood vessels</u></b>		
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
<b><u>Heart rate after 5 minutes rest</u></b> ...../min		
<b><u>Blood pressure in supine position after 5 minutes</u></b>		
Right arm	...../..... mmHg	
Left arm	...../..... mmHg	
Ankle	...../..... mmHg	

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

(Please attach print) (please enter the data here if it is needed for eligibility)

<b>Heart rate</b> ..... /min	
<b>Rhythm/conduction</b>	<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
<b>Time indices</b>	PQ .....ms QRS .....ms      broader in V1 , V2 QTC .....ms
<b>Atrial enlargement</b>	<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)
<b>Depolarization / QRS complex</b>	
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)

<b>Bundle branch block</b>	<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										
<b>R wave</b>	<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										
<b>Repolarisation (ST – segment, T waves, QT –interval)</b>												
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal, please specify:											
<b>Lead</b>	I	II	III	aVR	aVL	AVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
ST – depression												
ST – elevation												
T wave flattening												
T wave inversion												
<b>Summarizing assessment of ECG</b>												
<input type="checkbox"/> normal						<input type="checkbox"/> abnormal						



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

### 4.3. spinal column and pelvic level

<b>Spine form</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> flat	<input type="checkbox"/> hyper kyphosis	<input type="checkbox"/> hyper lordosis	<input type="checkbox"/> scoliosis
<b>Pelvic level</b>	<input type="checkbox"/> even	..... cm lower	<input type="checkbox"/> right	<input type="checkbox"/> left	
<b>Sacroiliac joint</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnormal			
<b>Cervical rotation</b>					
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
<b>spinal flexion</b>	distance fingertips to floor	..... cm			

### 4.4. Examination of Upper extremity

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

#### 4.5. Examination of hip, groin and thigh

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

#### 4.6. Examination of knee

<b>Knee joint axis</b>					
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		
<b>Flexion (passive)</b>					
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
<b>Extension (passive)</b>					
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 .....'			
<b>Lachman test</b>					
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
<b>Anterior drawer sign (knee joint in 90' flexion)</b>					
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"/> +++	
<b>Posterior drawer sign (knee joint in 90' flexion)</b>					
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"/> +++	
<b>Valgus stress, in extension</b>					
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"/> +++	
<b>Valgus stress, in 30' flexion</b>					
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"/> +++	
<b>Varus stress ,in extension</b>					
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"/> +++	
<b>Varus stress , in 30' flexion</b>					
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	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> joint line discomfort	<input type="checkbox"/> locking
left	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> joint line discomfort	<input type="checkbox"/> locking

**4.7. Examination of lower leg, ankle and foot**

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

## ۵. تست های ورزشی

### 5.1. Cuff squeeze test

Adductors	.....mmHg	
Hamstring	Right:.....mmHg	Left:.....mmHg
Core	.....Degree	

### 5.2. Foot Pronation Index

index	Talar Head	Malleolar curve	Calcaneal position	Talonavicular joint	Med. Arch	Forefoot abd/add	total
right							
left							

### 5.3. calf endurance test

Right:..... rep    left:..... rep

### 5.4. Ankle Dorsiflexion lunge (big toe to wall)

Right:..... cm    left:..... cm

## 6. Lab Data

### Urine Analysis:

WBC.....

Protein.....

RBC.....

Glucose.....

### CBC:

Hemoglobin.....

Haematocrit.....

Erythrocytes.....

Thrombocytes.....

Leukocytes.....

FBS.....

Creatinine.....

Uric acid.....

AST.....

ALT.....

ALKP.....

TSH.....

Cholesterol (total) .....

HDL.....

LDL.....

TG.....

Sodium.....

Potassium .....

Ferritin .....

Calcium .....

Phosphate.....

Vit D.....

ESR.....

CRP.....

Hb Anti body  +  -



## CLEARANCE FORM

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