

Akademia Drogi Sportowej Formularz Badania Podmiotowego

Prosimy o wypełnienie ankiety przez rodzica/opiekuna

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Relacje pokrewieństwa w stosunku do dziecka

Wzrost/waga matki/.....

Wzrost/waga ojca/.....

Imię dziecka

Nazwisko dziecka

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Pesel dziecka

Adres zamieszkania – miejscowość

Kod

Ulica

Nr lokalu

Telefon rodzica/opiekuna

Zakreśl właściwą odpowiedź:

		Tak	Nie	Nie wiem
1.	Czy aktualnie dziecko czuje się /jest zdrowe?			
2.	Czy w ciągu ostatniego miesiąca dziecko chorowało na jakąkolwiek chorobę? Jeśli tak to na jaką?			
3.	Czy kiedykolwiek lekarz odmówił dziecku zgody lub ograniczył jego udział w zajęciach sportowych z jakiegokolwiek powodu ? Jeśli tak to z jakiego ?			
4.	Czy dziecko choruje przewlekle lub ma jakiś przewlekły problem (np. cukrzycę, astmę, inne)? Jeśli tak to na jaką ?			
5.	Czy dziecko przechodziło choroby wieku dziecięcego (np. ospa, żółtaczkę, inne)? Jeśli tak to jaką ?			
6.	Czy dziecko przyjmuje jakieś leki (zarówno na receptę, jak i te dostępne bez recepty)? Jeśli tak to jakie ?			
7.	Czy kiedykolwiek dziecko zemdlało lub było bliskie omdlenia lub straciło przytomność? Jeśli tak to w jakim wieku?			
8.	Czy kiedykolwiek dziecko odczuwało ból lub ucisk w klatce piersiowej?			
9.	Czy ktokolwiek zauważył że dziecko blednie lub ma zasinione usta podczas wysiłku?			
10.	Czy kiedykolwiek lekarz powiedział, że dziecko ma: (jeśli tak, proszę o zakreślenie poniżej wszystkich odpowiednich przypadków) <input type="checkbox"/> wysokie ciśnienie <input type="checkbox"/> wysoki poziom cholesterolu <input type="checkbox"/> szmery w sercu <input type="checkbox"/> zapalenie serca			



		Tak	Nie	Nie wiem
11.	Czy kiedykolwiek lekarz zlecił dziecku badanie serca (np. EKG, ECHO, Test wysiłkowy EKG, Holter)?			
12.	Czy ktoś w rodzinie chorował lub choruje na cukrzyce, nadciśnienie, zawały, udary, tarczycę, choroby przewlekłe lub dziedziczne ? Jeśli tak to kto i jakie ? <input type="checkbox"/> babcia/dziadek - jaka choroba z wyżej wymienionych <input type="checkbox"/> matka - jaka choroba z wyżej wymienionych <input type="checkbox"/> ojciec - jaka choroba z wyżej wymienionych <input type="checkbox"/> rodzeństwo (także przyrodnie) - jaka choroba z wyżej wymienionych <input type="checkbox"/> inni krewni - jaka choroba z wyżej wymienionych.....			
13.	Czy ktoś w rodzinie ma problemy z sercem lub choruje przewlekłe, stale przyjmuje leki? Jeśli tak to: kto (stosunek pokrewieństwa w stosunku do dziecka) ?....., na co cierpi ?..... jakie leki przyjmuje ?			
14.	Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku poniżej 50 roku życia? Jeśli tak, to kto ? (stosunek pokrewieństwa w stosunku do dziecka)			
15.	Czy dziecko miało kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości, skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła lub zapalenie ścięgna? (jeśli tak, zakreśl poniżej okolice) <input type="checkbox"/> plecy –część dolna <input type="checkbox"/> plecy – część górna <input type="checkbox"/> klatka piersiowa <input type="checkbox"/> szyja <input type="checkbox"/> bark <input type="checkbox"/> ramię <input type="checkbox"/> łokieć <input type="checkbox"/> przedramię <input type="checkbox"/> dłoń/palce <input type="checkbox"/> biodro <input type="checkbox"/> udo <input type="checkbox"/> kolano <input type="checkbox"/> łydka/goleń <input type="checkbox"/> kostka <input type="checkbox"/> stopa/palce			
16.	Czy zdarzyły się dziecku sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, protez , aparatów korekcyjnych lub kul? Jeśli tak, to jaka była przyczyna i kiedy to się stało?			
17.	Czy zdarzały się dziecku sytuacje, które wymagały wykonania RTG, rezonansu magnetycznego (MR), tomografii komputerowej (TK), USG lub innych badań specjalistycznych? Jeśli tak, to jaka była przyczyna i kiedy to się stało ?			
18.	Czy dziecko było lub jest pod stałą opieką lekarza specjalisty? Jeśli tak, to jakiego specjalisty i z jakiego powodu ?			
19.	Czy dziecko było kiedykolwiek przyjęte do szpitala, leżało w szpitalu? Jeśli tak, to kiedy i z jakiego powodu ?			
20.	Czy dziecko przeszło jakiś zabieg operacyjny? Jeśli tak to kiedy, jaki i z jakiego powodu ?			
21.	Czy dziecko urodziło się bez, lub czy brakuje mu nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie, funkcjonalnie)? Jeśli tak, to jakiego narządu brak ?			
22.	Czy dziecko kiedykolwiek miało drgawki lub rozpoznano u niego padaczkę?			
23.	Czy zdarzają się dziecku bóle i/lub zawroty głowy?			
24.	Czy dziecko kiedykolwiek miało uraz głowy lub wstrząśnienie mózgu?			
25.	Czy dziecko chorowało na zapalenie opon mózgowych? Jeśli tak to kiedy ?			
26.	Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u dziecka anemię lub niedobór żelaza?			
27.	Czy kiedykolwiek dziecko korzystało z porady lekarza psychiatry?			
28.	Czy dziecko przeżyło jakąkolwiek chorobę lub uraz oka?			
29.	Czy dziecko nosi okulary lub soczewki kontaktowe?			
30.	Czy w ciągu ostatniego roku dziecko istotnie przybrało na wadze lub schudło?			
31.	Czy dziecko było szczepione przeciw żółtacze zakaźnej (WZW)?			

		Tak	Nie	Nie wiem
32.	Czy dziecko ma jakieś problemy, które należałoby omówić z lekarzem?			
33.	Czy dziecko uprawiało lub obecnie uprawia wyczynowo jakąś dyscyplinę sportu ? Jeśli tak to jaką i kiedy ?			
34.	Jeśli dziecko uprawia wyczynowo sport to ile razy w tygodniu trenuje? <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> więcej niż 3, ale nie codziennie <input type="checkbox"/> codziennie			
35.	Jeśli dziecko uprawia wyczynowo sport to ile trwa każdy trening? <input type="checkbox"/> mniej niż 2 godz. <input type="checkbox"/> 2-3 godz. <input type="checkbox"/> ponad 3 godz.			
36.	Jeśli dziecko uprawia wyczynowo sport to głównie trenuje: <input type="checkbox"/> w pomieszczeniach zamkniętych <input type="checkbox"/> na wolnym powietrzu <input type="checkbox"/> zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i na wolnym powietrzu			
37.	Czy rozpoznano kiedykolwiek u dziecka chorobę alergiczną? Jeśli tak to którą ? <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> alergiczny nieżyt nosa <input type="checkbox"/> zapalenie spojówek <input type="checkbox"/> pokrzywka <input type="checkbox"/> wyprysk atopowy (egzema) <input type="checkbox"/> alergia na leki <input type="checkbox"/> alergia pokarmowa <input type="checkbox"/> alergia na jad owadów <input type="checkbox"/> anafilaksja			
38.	Czy podejrzewasz, że dziecko jest alergikiem, mimo, że nie zostało to rozpoznane przez lekarza?			
39.	Czy dziecko używało kiedykolwiek leki przeciwalergiczne? Jeśli tak to jakie ? <input type="checkbox"/> leki przeciwhistaminowe <input type="checkbox"/> stroidy <input type="checkbox"/> leki rozszerzające oskrzela <input type="checkbox"/> leki antyleukotrienowe (np. Singulair) <input type="checkbox"/> szczepionki przeciwalergiczne			
40.	Czy ktoś w rodzinie choruje na alergię? Jeśli tak to kto ? <input type="checkbox"/> babcia/dziadek <input type="checkbox"/> matka <input type="checkbox"/> ojciec <input type="checkbox"/> rodzeństwo (także przyrodnie) <input type="checkbox"/> inni krewni			
41.	Czy dziecko często ma zaczerwienione oczy, świąd oczu lub łzawienie?			
42.	Czy dziecko jest uczulone na leki pyłki, pokarmy czy owady? Jeśli tak to na co ?			
43.	Czy występują (występowały) u dziecka przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu?			
44.	Czy dziecko ma lub miało przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów?			
45.	Czy dziecko często kicha, ma wydzielinę z nosa, swędzenie nosa (poza okresem przeziębienia)?			
46.	Czy dziecko kiedykolwiek miało uczucie ucisku w klatce piersiowej lub świszczący oddech?			
47.	Czy dziecko miało kiedyś swędzące wysypki?			
48.	Czy dziecko miał kiedyś silne uogólnione reakcje alergiczne?			
49.	Czy dziecko miało kiedyś uczucie „braku tchu”, kaszel, lub swędzenie w gardle po wysiłku? Jeśli tak, to dolegliwości są bardziej nasilone <input type="checkbox"/> na początku treningu <input type="checkbox"/> pod koniec treningu <input type="checkbox"/> podczas całego treningu			
50.	Czy dziecko stosowało kiedykolwiek inhalator?			

		Tak	Nie	Nie wiem
51.	Jeżeli dziecko miało którykolwiek z objawów wymienionych w pytaniach 41, 45-49, to objawy te występowały: <input type="checkbox"/> głównie na zewnątrz <input type="checkbox"/> głównie w pomieszczeniach zamkniętych <input type="checkbox"/> zarówno na zewnątrz, jak i w pomieszczeniach zamkniętych <input type="checkbox"/> głównie wiosną <input type="checkbox"/> głównie w czasie zimnej i wilgotnej pogody <input type="checkbox"/> przez cały rok <input type="checkbox"/> niezależnie od warunków zewnętrznych			
52.	Czy dziecko miało kiedyś alergię pokarmową? Jeśli tak - na jakie pokarmy?			
53.	Czy dziecko miało kiedyś alergię na leki? Jeśli tak - na jakie leki?			
54.	Czy w ciągu ostatniego roku dziecko było leczone więcej niż 3 razy którymś z poniższych leków? Jeśli tak, to którymi? <input type="checkbox"/> Antybiotyki <input type="checkbox"/> Leki przeciwzapalne <input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe <input type="checkbox"/> Leki przeciwgorączkowe <input type="checkbox"/> Inne			
55.	Czy dziecko przyjmowało jakiś lek (inny niż przeciwalergiczny bądź przeciwastmatyczny) w ciągu ostatniego tygodnia? Jeśli tak - jaki?			
56.	Czy dziecko często choruje na infekcję dróg oddechowych (nos, gardło, oskrzela, migdałki, uszy) lub miewa gorączkę?			
57.	Jeśli odpowiedź na pytanie 54 jest pozytywne, to czy infekcje są częstsze w okresie, gdy dziecko więcej trenuje lub gdy jest przetrenowane ?			
58.	Czy dziecko miało opryszczkę wargową („zimno”)? Jeśli tak, to jak często ? <input type="checkbox"/> 1 – 3 razy <input type="checkbox"/> więcej niż 3 razy			
59.	Czy w ciągu ostatniego roku dziecko musiało opuścić treningi z powodu infekcji? Jeśli tak, to ile razy? <input type="checkbox"/> ani razu <input type="checkbox"/> 1-3 razy <input type="checkbox"/> więcej niż 3 razy			
60.	Czy dziecko ma objawy ze strony układu oddechowego? Jeśli tak, to które: <input type="checkbox"/> epizody utrudnionego oddychania (duszności) <input type="checkbox"/> świszczący oddech <input type="checkbox"/> kaszel <input type="checkbox"/> odksztuszenie wydzieliny			
61.	Jeśli powyższe objawy występują, to kiedy? <input type="checkbox"/> podczas wysiłku/treningu/zawodów <input type="checkbox"/> podczas przeziębień <input type="checkbox"/> po kontakcie ze zwierzętami, pyłkami, kurzem itp.			
62.	Jeżeli duszność lub inne objawy ze strony dróg oddechowych związane są z wysiłkiem – jaki jest to związek czasowy? <input type="checkbox"/> występują podczas maksymalnego wysiłku <input type="checkbox"/> występują po wysiłku <input type="checkbox"/> występują po południu, po porannym treningu/zawodach			
63.	Gdy pojawiają się objawy ze strony dróg oddechowych, wtedy: <input type="checkbox"/> utrudniony jest wdech <input type="checkbox"/> utrudniony jest wydech <input type="checkbox"/> utrudniony jest wdech i wydech			
64.	Jeśli objawy ze strony układu oddechowego lub duszności występują, to: <input type="checkbox"/> na zewnątrz <input type="checkbox"/> w pomieszczeniach zamkniętych			
65.	Jak często dziecko ma problemy z oddychaniem (duszności) <input type="checkbox"/> codziennie <input type="checkbox"/> kilka razy w tygodniu <input type="checkbox"/> raz na tydzień <input type="checkbox"/> raz na miesiąc <input type="checkbox"/> rzadziej			
66.	Jeśli dziecko ma dolegliwości ze strony układu oddechowego, to narastają podczas: <input type="checkbox"/> oddychania zimnym powietrzem, w niskich temperaturach <input type="checkbox"/> mglistej pogody			

		Tak	Nie	Nie wiem
67.	Czy dolegliwości ze strony układu oddechowego mają wpływ na wyniki sportowe dziecka ?			
68.	Czy dziecko ma objawy ze strony oczu lub nosa?			
69.	Czy dziecko stosuje suplementy diety (witaminy, aminokwasy, kreatynę)?			
70.	Czy Twoim zdaniem warto w życiu postawić na sport?			
71.	Czy osobiście marzysz o tym, aby Twoje dziecko uprawiało wybraną dyscyplinę sportu?			
72.	Czy dostrzegasz inne niż sukces sportowy korzyści jakie da uprawianie sportu Twojemu dziecku? Jeśli tak – jakie?			
73.	Czy Twoje dziecko posiada predyspozycje/talent do uprawiania sportu?			
74.	Czy zaakceptujesz i będziesz wspierać dążenia Twojego dziecka do uprawiania sportu?			
75.	Czy umiłowanie aktywności fizycznej jest u Twojego dziecka silniejsze od innych zainteresowań (czy grze w piłkę, bieganiu, zabawom ruchowym poświęca więcej czasu niż oglądaniu telewizji i grom komputerowym)?			
76.	Czy Twoje dziecko pasjonuje się sportem (ogląda widowiska, rozmawia o nich, naśladuje sportowców) ?			
77.	Czy Twoje dziecko będzie w stanie udźwignąć wysiłek fizyczny niezbędny przy wyczynowym uprawianiu sportu?			
78.	Czy Twoje dziecko lubi rywalizować z rówieśnikami i w wielu różnych sytuacjach wyraźnie dąży do sukcesu?			
79.	Czy największym idolem Twojego dziecka jest sławny sportowiec/sportsmenka?			
Pytania 80,81,82 dotyczą jedynie dziewcząt				
80.	Czy córka była szczepiona przeciw wirusowi HPV?			
81.	W jakim wieku córka miała pierwszą miesiączkę? (wpisz wiek)			
82.	Czy córka miesiączkuje regularnie?			

Stwierdzam niniejszym, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są wyczerpujące i prawdziwe.

Wyrażam zgodę na badania, których wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia.

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

Wyrażam zgodę na pobranie próbki krwi, przechowywanie jej i poddanie analizie.

Podpis badanego powyżej 16 roku życia

Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej