|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Informace uvedené v tomto dokumentu jsou důvěrného charakteru.**

**Veškeré změny, rozšiřování nebo kopírování jsou přísně zakázány.**

Inizio modulo

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno** |  |
| **Příjmení** |  |
| **Národní federace** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Adresa** |  |
| **Telefon** |  |
| **E-mail** |  |
| **Osobní anamnéza** | | | Yes | No |
|  | | |  |  |
| **1.    Omdlel jste nebo měl náhlou slabost při sportu bez jasné příčiny ?** | | |  |  |
| **2.    Měl jste někdy pocit tísně nebo tlaku na hrudi ?** | | |  |  |
| **3.    Vyvolal běh pocit tísně na hrudi ?** | | |  |  |
| **4.    Máte někdy pocit tísně na hrudi, kašel, dušnost, které vám omezují sportovní činnost ?** | | |  |  |
| **5.    Byl jste někdy léčen nebo hospitalizován (ležel v nemocnici) pro asthma ?** | | |  |  |
| **6.    Měl jste někdy nějaký záchvat ?** | | |  |  |
| **7.    Bylo vám někdy řečeno, že mite epilepsii ?** | | |  |  |
| **8.    Bylo vám někdy řečeno, že máte zanechat sportu kvůli zdravotním problémům ?** | | |  |  |
| **9.    Byl vám někdy naměřen vysoký krevní tlak ?** | | |  |  |
| **10.  Bylo vám někdy řečeno, ýe máte vysoký krevní cholesterol ?** | | |  |  |
| **11.   Měl jste někdy dýchací potíže nebo kašel během fyzické activity ?** | | |  |  |
| **12.   Měl jste někdy závrati během nebo po tělesné aktivitě ?** | | |  |  |
| **13.   Měl jste někdy bolesti na hrudi během nebo po fyzické aktivitě ?** | | |  |  |
| **14.   Měl jste někdy pocit bušení nebo přeskakování na srdci ?** | | |  |  |
| **15.   Jste rychleji únaveni než vaši přátelé během fyzické activity ?** | | |  |  |
| **16.   Bylo vám někdy řečeno, že máte srdeční šelest ?** | | |  |  |
| **17.   Bylo vám někdy řečeno, že máte poruchu srdečního rytmu ?** | | |  |  |
| **18.   Měl jste někdy v minulosti jiné srdeční potíže ?** | | |  |  |
| **19.   Měl jste těžkou virovou infekci (např. myokarditidu – zánět srdečního svalu nebo mkononukleozu) během posledního měsíce ?** | | |  |  |
| **20.   Měl jste někdy revmatickou horečku ?** | | |  |  |
| **21.   Máte nějakou alergii ?** | | |  |  |
| **22.   Užíváte v současnosti nějaké léky ?** | | |  |  |
| **23.   Užíváte nebo jste užíval nějaké léky během posledních dvou let ?** | | |  |  |

**Rodinná anamnéza**

| **Někdo ve vaší rodině před dosažením 50 let věku:** | Yes | No |
| --- | --- | --- |
| **24.   Zemřel náhle a neočekávaně ?** |  |  |
| **25.   Byl léčen pro opakované ztráty vědomí ?** |  |  |
| **26.   Měl nevysvětlitelné záchvatovité problémy ?** |  |  |
| **27.   Nevysvětlitelně se utopil při plavání ?** |  |  |
| **28.   Měl nevysvětlitelnou dopravní nehodu ?** |  |  |
| **29.   Měl srdeční transpantaci ?** |  |  |
| **30.   Měl implantován pacemaker nebo defibrilátor ?** |  |  |
| **31.   Byl léčen pro nepravidelný srdeční rytmus (arytmii) ?** |  |  |
| **32.   Měl srdeční operaci ?** |  |  |
| **33.   Vyskytlo se ve vaší rodině náhlé úmrtí dítěte ?** |  |  |
| **34.   Bylo někomu ve vaší rodině řečeno, že má Marfanův syndrom ?** |  |  |
|  |  |  |

Potvrzuji, že jsem všechny informace poskytl pravdivě a přesně

Podpis sportovce Datum