

Dotazník před sportovními aktivitami

Jméno:

Datum narození:

A) Rodinná anamnéza: blízcí příbuzní (sourozenci, rodiče, prarodiče, strýcové a tety):

Ano ne

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Zemřel někdo náhle, bez jasné příčiny? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Trpěli nejasnými záchvaty, křečemi nebo neměli opakovaná bezvědomí? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Byli léčeni pro nepravidelné bušení srdce? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prodělal někdo transplantaci srdce, operaci srdce, implantaci kardiostimulátoru nebo kardioverteru (ICD)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Měl někdo z nich nejasnou autonehodu či topení ve vodě? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Osobní anamnéza:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Měl jsi někdy při cvičení či sportu náhlé bušení srdce, bolesti nebo svírání na hrudi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Měl jsi někdy při cvičení či běhu pocit na omdlení, závrať nebo mdlobu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pociťoval jsi někdy nepravidelnost, "přeskakování" nebo bušení srdce? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Unavíš se při sportu dříve než ostatní vrstevníci? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Zhorší se ti při sportu dýchání nebo se zhorší kašel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Užíváš nějaké léky? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Užíváš drogy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ležel jsi v posledních letech v nemocnici? Důvod: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Prodělal jsi v posledních měsících nějakou těžší chorobu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Chodíš s nějakými obtížemi k jinému lékaři? Specialistovi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum:

Podpis dítěte:

Podpis zákonného zástupce: