



أن يتم إكمالها من قبل ممارس طبي مرخص مؤهل لإجراء الفحوصات البدنية ووصف الأدوية. إذا لزم الأمر، يرجى استخدام صفحات إضافية لسرد أي شيء آخر يجب أن يعرفه الأولمبياد الخاص عن هذا الرياضي.

الاسم الأول والأخير للرياضي: _____ تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): _____ / _____ / _____

الرؤية (من 20)	ضغط الدم (مم زئبق)	نسبة الأكسجين في الدم (%)	النبض (نبضة / دقيقة)	درجة الحرارة (فهرنهايت / مئوية)	محيط الخصر (بوصة / سم)	الوزن (رطل / كج)	الطول (بوصة / سم)
os	الانقباضي	الانقباضي					

هل يوجد لدى الرياضي أي مما يلي؟	نعم	لا
ارتفاع ضغط الدم	نعم	لا
أمراض الكلى	نعم	لا
فقر الدم	نعم	لا

هل توفي أي فرد من أفراد الأسرة أو الأقارب بسبب مشاكل في القلب أو الموت المفاجئ قبل سن 50؟	نعم	لا
هل ولد الرياضي بدون كلية أو عين أو خصية أو أي عضو آخر؟	نعم	لا

هل خضع الرياضي لأي عمليات جراحية سابقة؟	نعم	لا
هل سبق للرياضي أن خضع لمخطط كهربية القلب (EKG) أو مخطط صدى القلب (ECHO)؟	نعم	لا
هل سبق للرياضي أن أصيب بأي كسر في العظام أو خلع في المفاصل؟	نعم	لا
هل يعاني الرياضي من أمراض في الكبد؟	نعم	لا
هل يعاني الرياضي من مرض الرئة؟	نعم	لا
هل يعاني الرياضي من أمراض القلب؟	نعم	لا

الفحص الطبي	طبيعي	غير طبيعي
العيون والأذنين والأنف والحنجرة: تشمل السمع و بؤبؤ العين أو حذقة العين	طبيعي	غير طبيعي
القلب: يشمل النفخات (الاستماع أثناء الوقوف، الاستماع أثناء الاستلقاء، و± مناوره فالسافا)	طبيعي	غير طبيعي
الترتئين	طبيعي	غير طبيعي
البطن	طبيعي	غير طبيعي
الجلد: MRSA ، HSV ، أو سعة الجسم	طبيعي	غير طبيعي
الجهاز العصبي	طبيعي	غير طبيعي

الجهاز العضلي الهيكلي	طبيعي	غير طبيعي
الرقبة	طبيعي	غير طبيعي
الظهر	طبيعي	غير طبيعي
الكتف والذراع	طبيعي	غير طبيعي
الكوع والساعد	طبيعي	غير طبيعي
المعصم واليد والأصابع	طبيعي	غير طبيعي

نتائج إضافية لأي من الحالات المذكورة أعلاه:

الفحص البدني الطبي - يتم إكمالها من قبل الممارس فقط.

الأهلية الطبية للرياضة (يتم إكمالها من قبل الممارس الطبي المرخص فقط)

ممارس طبي مرخص: يوصى بأن يقوم الممارس بمراجعة العناصر المتعلقة بالتاريخ الطبي مع الرياضي أو الوصي عليه ، قبل إجراء الفحص البدني. إذا كان هناك ما يبرر إجراء مزيد من التقييم الطبي ، يجب على الممارس إحالة الرياضي إلى أخصائي وإعادة تقييم نتائج هذا الفحص لتحديد الأهلية للمشاركة.

مؤهل طبيًا لجميع الألعاب الرياضية أو للرياضات المدرجة: _____ دون قيود.

مؤهل طبيًا لجميع الألعاب الرياضية أو للرياضات المدرجة: _____

مع توصيات لمزيد من التقييم أو العلاج: _____

غير مؤهل طبيًا في انتظار مزيد من التقييم لما يلي: _____

غير مؤهل طبيًا للمشاركة في الرياضات التالية: _____

غير مؤهل طبيًا لأي رياضة

لقد قمت بفحص الرياضي المذكور اسمه في هذا النموذج وأكملت التقييم البدني قبل المشاركة. ليس لدى الرياضي موانع سريرية واضحة للممارسة ويمكنه المشاركة في الرياضة (الرياضات) كما هو موضح في هذا النموذج. إذا ظهرت الظروف بعد أن تم السماح للرياضي بالمشاركة، يجوز للطبيب إلغاء الأهلية الطبية حتى يتم حل المشكلة ويتم شرح العواقب المحتملة بالكامل للرياضي (والأهل أو الأوصياء).

التاريخ (يوم/شهر/سنة): _____/_____/_____ اسم الممارس الطبي المرخص (مطبوع أو مكتوب): _____

الهاتف: _____ العنوان: _____

توقيع الممارس الطبي المرخص: _____

نوع الترخيص (MD أو DO أو NP أو PA): _____ NPI أو رقم الترخيص: _____