



Заполняется уполномоченным врачом, имеющим право проводить мед.осмотры и выписывать лекарства. Если необходимо, на дополнительных страницах укажите все, что необходимо знать Специальной Олимпиаде об этом атлете.

Имя и фамилия атлета: _____

Дата рождения (дд/мм/гггг): ____/____/____

Рост (дюймы/см)	Обхват тали (дюймы/см)	Обхват талии (дюймы/см)	Температура (°F/°C)	Пульс (уд/мин)	O2Sat (%)	Давление (мм рт.ст.)		Зрение (из 20)	
						систолическое	диастолический	ОС	од

Есть ли у атлета что-либо из нижеперечисленного?									
Высокое давление	Да	Нет		Целиакия	Да	Нет	Неизвестно		
Заболевания почек	Да	Нет	Неизвестно	Остеопороз	Да	Нет	Неизвестно		
Анемия	Да	Нет	Неизвестно	Невербальный	Да	Нет			

Умер ли какой-либо член семьи или родственник от сердечных заболеваний или от внезапной смерти в возрасте до 50 лет?	Да	Нет	
Родился ли атлет без почки, глаза, яичка или любого другого органа?	Да	Нет	

Были ли у атлета перенесенные операции?	Да	Нет	Неизвестно
Была ли у атлета когда-либо аномальная электрокардиограмма (ЭКГ) или эхокардиограмма (ЭХО)?	Да	Нет	Неизвестно
Были ли у атлета переломы костей или вывихи суставов?	Да	Нет	Неизвестно
Есть ли у атлета заболевания печени?	Да	Нет	Неизвестно
Есть ли у атлета заболевание легких?	Да	Нет	Неизвестно
Есть ли у атлета сердечные заболевания?	Да	Нет	Неизвестно

Медицинский осмотр		
Глаза, уши, нос и горло: включая зрачки, слух	Нормально	Ненормально
Сердце: Наличие шумов (аускультация в положении стоя, аускультация в положении лежа и ± маневр Вальсальвы)	Нормально	Ненормально
Легкие	Нормально	Ненормально
Живот	Нормально	Ненормально
Кожа: ВПГ, MRSA или опоясывающий лишай	Нормально	Ненормально
Неврология	Нормально	Ненормально

Musculoskeletal					
Шея	Нормально	Ненормально	Бедро и тазобедренный сустав	Нормально	Ненормально
Спина	Нормально	Ненормально	Колено	Нормально	Ненормально
Плечо и рука	Нормально	Ненормально	Голень и голеностоп	Нормально	Ненормально
Локоть и предплечье	Нормально	Ненормально	Стопа и пальцы ног	Нормально	Ненормально
Запястье, кисть и пальцы рук	Нормально	Ненормально			

Дополнительные заключения по любому из вышеперечисленных состояний:

Медицинский осмотр - Заполняется только уполномоченным врачом.

МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК К ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО УПОЛНОМОЧЕННЫМ ВРАЧОМ)

Лицензированный уполномоченный врач: Рекомендуется, чтобы уполномоченный врач изучил историю болезни с атлетом или его родителем/опекуном перед проведением медицинского осмотра. Если требуется дальнейшее медицинское обследование, уполномоченный врач должен направить атлета к специалисту и повторно рассмотреть результаты этого обследования, для определения допуска к участию.

По медицинским показаниям допускается ко всем или перечисленным видам спорта: _____
без ограничений.

По медицинским показаниям допускается ко всем или перечисленным видам спорта: _____
с рекомендациями по дальнейшему обследованию или лечению: _____

По медицинским показаниям не допускается, без дальнейшего обследования: _____

По медицинским показаниям не допускается, к занятиям по следующим видам спорта: _____

По медицинским показаниям не допускается к занятиям каким-либо видом спорта.

Я осмотрел атлета, указанного в этой форме, и выполнил предварительную физическую оценку. У атлета нет явных клинических противопоказаний к занятиям спортом, и он может участвовать в виде спорта, как указано в этой форме. Если проблемы возникли после того, как атлет был допущен к участию, врач может отменить медицинское разрешение до тех пор, пока проблема не будет решена, а возможные последствия не будут полностью объяснены атлету (и родителям/опекунам).

Имя лицензированного уполномоченного врача (печатным шрифтом): _____

Адрес: _____ Дата (дд/мм/гггг): ____/____/____

Подпись лицензированного уполномоченного врача: _____ Phone: _____

NPI или номер лицензии: _____ Тип лицензии (MD, DO, NP или PA): _____