

# Форма обновления регистрации атлета

Требуется ежегодно к заполнению для всех атлетов, участвующих в Специальной Олимпиаде.

Special Olympics



Местная программа Специальной Олимпиады: \_\_\_\_\_

**Информация об атлете** - заполняется атлетом или родителем/опекуном/попечителем.

Имя \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_ Отчество: \_\_\_\_\_

Дата рождения (дд/мм/гггг): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Пол: Женский Мужской Я предпочитаю не отвечать

Домашний адрес: \_\_\_\_\_ Страна: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Мобильный Стационарные

**Только для использования в офисе:**

**Были ли какие-либо изменения в вашей истории болезни за последний год?** Да Нет

Если «Да», заполните раздел «История болезни». Если «Нет», перейдите в раздел подписи.

Идентификатор атлета: \_\_\_\_\_

## История болезни

Вспомогательные средства для здоровья и/или передвижения, которыми атлет владеет и может использовать во время участия в Специальной Олимпиаде.	СИПАП	Очки/Контактные линзы/ Защитные очки	Имплантируемое устройство для купирования припадков
	Протезы	Слуховой аппарат/коммуникатор	Инвалидная коляска/ходунки/скобы ног
	Зубные протезы	Кардиостимулятор/имплантированный Дефибриллятор	ВП Шунт
	Ничего	Другое: _____	
Перечислите все аллергии и/или диетические потребности:			

## Общие вопросы о здоровье:

Есть ли у вас проблемы с сердцем?	Да Нет	Есть ли у вас астма?	Да Нет
Была ли у вас когда-либо травма головы или сотрясение мозга?	Да Нет	Есть ли у вас диабет?	Да Нет
Если да, укажите количество травм головы/сотрясений мозга: _____		Есть ли у вас проблемы со зрением?	Да Нет
Дата последней травмы головы/сотрясения мозга: _____		Есть ли у вас нарушение слуха?	Да Нет
Есть ли у вас нарушение свертываемости крови?	Да Нет	Есть ли у вас серповидноклеточная анемия?	Да Нет
Есть ли у вас эпилепсия или какой-либо другой тип судорожного расстройства?			Да Нет
Есть ли у вас поведенческие, психические и/или сенсорные расстройства, которые могут повлиять на ваше участие?			Да Нет

**Если вы ответили «Да» на любой из вышеперечисленных вопросов об общем состоянии здоровья, пожалуйста, предоставьте дополнительную информацию:**

## Лекарства и лечения

Были ли какие-либо изменения в ваших назначениях, лекарствах или лечении? Да Нет

Если «Да», пожалуйста, перечислите ниже:

Название лекарства, витамина или добавки	Дозировка	Количество раз в день	Название лекарства, витамина или добавки	Дозировка	Количество раз в день

Есть ли у вас сильная аллергия, которая требует использования EpiPen? Да Нет

Если «Да», пожалуйста, укажите, есть ли среди них следующее:

Укусы насекомых Лекарства/препараты Еда Латекс Другое (пожалуйста, укажите): \_\_\_\_\_

**Я подтверждаю, что информация, представленная в этой форме, является достоверной и правильной, насколько мне известно.**

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Эта форма была заполнена кем-то другим, кроме атлета? Да Нет

Если «Да», пожалуйста, укажите степень родства с атлетом:

Родитель/Опекун Попечитель/другой член семьи Мед.работник Другой: \_\_\_\_\_