



Tähis	VHA/81
Viide	ESMF-1
Versioon	1

Spordimeditsiinilise terviseuuringu küsimustik noorsportlastele

Nimi.....Sugu M N Vanus

Isikukood.....Aadress

Telefon E-post

Spordikool/klubiTreener(id)

Spordiala(d).....

Treeningkoormus korda nädalas,akadeemilist tundi. Võistlusi kuus.....korda.

Millal ja kus toimus eelmine spordimeditsiiniline terviseuuring

Ravimid: palun nimetage kõik retsepti- või käsimüügiravimid ja toidulisandid mida Te käesoleval ajal tarvitate

Palun märkige vastav ruut („jah“ või „ei“) ning selgitage oma „jah“- vastuseid selgituste real.

Üldised küsimused	
1. Kas Teil on mõni mure, mille üle tahaksite arstiga nõu pidada?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
2. Kas arst on Teil kunagi mingil põhjusel piiranud või keelanud sportimist?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
3. Kas põete mõnda kroonilist haigust (nt diabeet, astma, aneemia, hepatiit vms)?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
4. Kas olete sündinud ilma ühe neeru, silma, munandi (mehed) või mõne muu organita, või on Teil mõni organ eemaldatud?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
5. Kas olete viibinud haiglaravil?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
6. Kas Teid on opereeritud?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Selgitus.....	

Südametervise küsimused Teie kohta	
7. Kas olete sportimise ajal või pärast sportimist minestanud või olnud minestuse äärel?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
8. Kas olete sportimise ajal tundnud ebamugavustunnet, valu või pingetunnet rinnus?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
9. Kas Teil on sportimise ajal esinenud südame rütmihäireid (nt südamepekslemine, süda on jätnud lööke vahele vms)?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
10. Kas arst on öelnud, et Teil on probleeme südamega? Kui jah, siis märkige: kõrge vererõhk <input type="checkbox"/> südamekahin <input type="checkbox"/> kõrge kolesteroolitase <input type="checkbox"/> müokardiit <input type="checkbox"/> kaasasündinud südamehaigus <input type="checkbox"/> muu	
11. Kas arst on Teid kunagi suunanud südameuuringutele (nt EKG, ehokardiograafia)?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
12. Kas Te väsite oluliselt kiiremini või esineb hingeldust rohkem kui treeningkaaslastel?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Selgitus.....	

Südametervise küsimused Teie perekonna kohta	
13. Kas kellelgi Teie pereliikmetest või sugulastest on enne 50. eluaastat esinenud südamelihase infarkti, ajuinsulti, südamega seotud surmajuhtumeid, äkksurmajuhtumeid või elustamist südame seiskumise tõttu?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
14. Kas kellelgi Teie perekonnas esineb kaasasündinud probleeme südamega, on paigaldatud südamestimulaator või implanteeritud defibrillaator?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
15. Kas kellelgi Teie perekonnas on esinenud ebaselge põhjusega minestamine, krambid või uppumine?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Selgitus.....	

VORM

Küsimused tugi-liikumiselundkonna kohta	
16. Kas Teil on viimasel aastal esinenud luude, lihaste, sidemete või kõõluste vigastusi, mille tõttu olete puudunud treeningult või võistlustelt?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
17. Kas Teil on esinenud luumurde (-mõrasid), väsimusmurde või liigeste nihestusi?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
18. Kas Teile on vigastuse tõttu tehtud röntgenülevõtteid, MRT- või CT- uuringuid, süsteid, operatsioone; olete kasutanud lahast, ortoosi, karke?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
19. Kas Te kasutate regulaarselt ortoosi (tugisidet) või mõnda muud tugivahendit?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
20. Kas Teil on luu, lihase või liigese vigastus, mis Teid häirib?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
21. Kas mõni Teie liiges valutab, kuumab, on paistes või punetab?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
22. Kas arst on Teile öelnud, et teil on liigesepõletik või sidekoehaigus?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Selgitus.....	
.....	

Küsimused üldise tervisliku seisundi kohta	
23. Kas Teil esineb sportimise ajal köha, aevastamist, hingamisraskust või õhupuudust?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
24. Kas Te olete kunagi kasutanud inhalaatorit või astmaravimeid?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
25. Kas kellelgi Teie perekonnas on astma?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
26. Kas Teil esineb allergiat ravimitele, õietolmule, toidule, putukatele vms?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
27. Kas Teil esineb kubemevalu või valulik moodustis või song kubemepiirkonnas?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
28. Kas Te olete viimase aasta jooksul põdenud nakkuslikku mononukleoosi?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
29. Kas Teil esineb nahahaigusi?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
30. Kas Te olete saanud lööke pea piirkonda (peatraumasid), mille tulemusena on teadvus hägustunud või on esinenud mälukaotus?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
31. Kas Teil on esinenud krambihooge/krampidega kulgevaid haigusi?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
32. Kas Teil on sportimise ajal esinenud peavalu?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
33. Kas pärast lööke või kukkumist on Teil esinenud üle 24 tunni kestnud tuimus- või nõrkustunnet kätes või jalgades või võimetust käsi-jalgu liigutada?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
34. Kas Teil on palava ilmaga sportides tekkinud halb enesetunne?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
35. Kas Teil esineb sportimise ajal sageli lihaskrampe?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
36. Kas Teil või Teie pereliikmel esineb aneemia või muu verehaigus?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
37. Kas Teil on esinenud probleeme nägemisega või silmavigastusi?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
38. Kas Te kannate sportimise ajal prille või kontaktläätsi?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
39. Kas Te olete rahul oma kehakaaluga?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
40. Kas Te püüate või on keegi Teile soovitanud oma kaalu langetada või tõsta?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
41. Kas Te olete eridieedil või väldite teatud toite?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
42. Kas Teil on esinenud söömishäire?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Selgitus.....	
.....	

Naistele	
Kas Teil esinevad menstruatsioonid?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Kas menstruatsioon esineb igakuiselt?	Jah <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
Mis vanuses esines Teil esimene menstruatsioon?	

Kinnitan, et olen vastanud kõikidele küsimustele ausalt ning olen nõus minu/minu lapse /minu hooldatava andmete kasutamiseks vastavalt 25.05.2018 kehtivale Euroopa Liidu isikuandmete kaitse üldmäärusele.

Olen nõus mulle/minu lapsele osutatava tervishoiuteenusega Jah Ei Kuupäev

Sportlase allkiri Vanema/hooldaja nimi ja allkiri.....