

ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

ΦΥΛΟ: Α Θ ΗΛΙΚΙΑ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΡΟΠΟΝΗΤΗ: _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: _____ ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ): _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΟΝΕΩΝ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ): _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ): _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ ΟΜΑΔΑΣ (ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ <14 ΕΤΩΝ) : _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΙΑΤΡΟΥ ΟΜΑΔΑΣ (Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ) : _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ: _____

ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΨΟΣ (cm): _____ ΒΑΡΟΣ (Kg): _____

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙ)

- Είχατε πρόσφατα νοσηλευτεί για CoVID-19;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____
- Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ PCR (ρινικό ή φαρυγγικό επίχρισμα) για CoVID-19;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
- Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ αντισωμάτων για CoVID-19;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
- Είχε κάποιο άτομο του στενού περιβάλλοντος σας πρόσφατα νοσήσει από CoVID-19;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____
- Ταξιδέψατε τις τελευταίες 20 μέρες στο εξωτερικό;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Σε ποιες χώρες) _____
- Είχατε πρόσφατα (τελευταίες 6 εβδομάδες) κάποιο εμπύρετο νόσημα;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- Έχετε αίσθημα εύκολης κόπωσης, ξηρό βήχα ή δύσπνοια τις τελευταίες 6 εβδομάδες;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- Είστε καπνιστής/καπνίστρια;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (μέσος αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα: _____)
- Κάνατε άσκηση στο σπίτι στη διάρκεια της πανδημίας του κορωνοϊού;**
Α. ΟΧΙ ΚΑΘΟΛΟΥ
Β. ΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΔΗΛΑΤΟ ΚΑΙ/Η ΤΡΕΞΙΜΟ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ
Γ. ΠΛΗΡΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
- Είχατε ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια της άσκησης (ταχυκαρδία, ζάλη, δύσπνοια);**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- Έχετε λιποθυμήσει ποτέ στην άσκηση ή μετά από αυτή;**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
- Έχετε κάποια χρόνια νόσημα (όπως σακχαρώδης διαβήτης ή άσθμα);**
Α. ΟΧΙ
Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

13. **Παίρνετε αυτή την περίοδο κάποια φάρμακα;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
14. **Έχετε αλλεργία σε ουσίες, φαγητό ή φάρμακα;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
15. **Είχατε ποτέ παλαιότερα πόνο στο στήθος ή δυσφορία στο στέρνο κατά την άσκηση;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
16. **Είχατε ποτέ παλαιότερα ταχυκαρδία (έντονη) ή αρρυθμία (άρρυθμο σφυγμό) κατά την άσκηση;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
7. **Σας έχει ενημερώσει ποτέ ιατρός ότι έχετε ένα από τα ακόλουθα;**
A. Υψηλή αρτηριακή πίεση
B. «Φύσημα» στην καρδιά
Γ. Υψηλή χοληστερίνη
Δ. Φλεγμονή στην καρδιά (περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα)
18. **Έχετε κάνει πρόσφατα καρδιολογικές εξετάσεις (π.χ. καρδιογράφημα ή triplex);**
A. Εντός των τελευταίων 12 μηνών
B. Εντός των τελευταίων 2 ετών
Γ. Έχω να κάνω εξέταση πάνω από δύο έτη
19. **Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που υπέστη αιφνίδιο θάνατο;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
20. **Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που έχει κάποιο ιατρικό πρόβλημα;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
21. **Υπάρχει κάποιος στην οικογένειά σας που πέθανε πριν την ηλικία των 50 ετών;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
22. **Υπάρχει κανείς στην οικογένειά σας με σύνδρομο Marfan (αραχνοδακτυλία);**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
23. **Νοσηλευτήκατε ποτέ σε νοσοκομείο;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
24. **Είχατε ποτέ κάνει επέμβαση;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
25. **Είχατε ποτέ στο παρελθόν τραυματιστεί στα μαλακά μέρια (συνδεσμικές κακώσεις, τενοντίτιδα, θλάση) με αποτέλεσμα να χάσετε προπονήσεις ή αγώνα;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____
26. **Έχετε κάτι άλλο να προσθέσετε;**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΘΛΗΤΗ (Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ)

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος αθλητής (ή κηδεμόνας αυτού) δηλώνουμε υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή. Κατανοούμε ότι η συλλογή αυτών των πληροφοριών γίνεται για καθαρά ιατρικούς σκοπούς και ότι λεπτομέρειες της υγείας του αθλητή δεν θα περιέλθουν σε τρίτα πρόσωπα. Κατανοούμε επίσης ότι το Ιατρικό Επιτελείο μπορεί να προτείνει την προσωρινή ή και οριστική απομάκρυνση του αθλητή από τις αθλητικές δραστηριότητες εφόσον κριθεί ότι αυτή μπορεί να επιδεινώσει κάποιο πρόβλημα υγείας ή ακόμη και να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τη δική του ή άλλων. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

Ο ΑΘΛΗΤΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____

Ο ΚΗΔΕΜΟΝΑΣ (ΣΕ ΑΝΗΛΙΚΟ ΑΘΛΗΤΗ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____ ΥΠΟΓΡΑΦΗ _____