



ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΑΝΩΤΑΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



1) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ
(Κεφαλαία)

ΕΠΩΝΥΜΟ - ΟΝΟΜΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ:

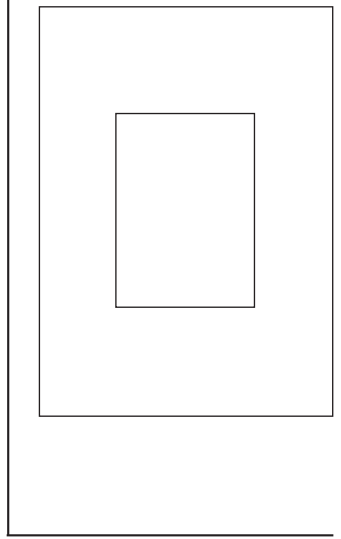
ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΑΡ. ΠΟΛ. ΤΑΥΤ. ΤΗΛ.

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

2) Τηλ.:
(Όνομα οικογενειακού ιατρού)

3) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΑΤΡΟΥ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Είχατε στο παρελθόν ή και τώρα υποφέρει από τα εξής προβλήματα;		
α) Απώλεια αισθήσεων, προσυγκοπτικό επεισόδιο ή άλλο νευρολογικό σύμπτωμα.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Παρατεταμένο βήχα, άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα ή άλλο πνευμονικό πρόβλημα.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Πόνο στο στήθος, αρρυθμία, δύσπνοια, εύκολη κόπωση, υπέρταση, περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα ή φύσημα καρδιάς.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Αναιμία, στίγμα μεσογειακής ή άλλης αναιμίας.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε) Διαβήτη, ή άλλη ενδοκρινολογική πάθηση (θυρεοειδή κλπ.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ) Μελαγχολία, ψυχική κατάρρευση ή άλλα.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Καπνίζετε τσιγάρο, πούρο ή καπνό.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Υπάρχουν άλλες ασθένειες ή παθολογικό πρόβλημα. Να συμπληρωθεί:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΗΣ	Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, δώστε λεπτομερείς πληροφορίες που να περιλαμβάνουν ημερομηνίες, διάρκεια νόσου, τόπο νοσηλείας

4) ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Συγγένεια	Ηλικία	διαβήτης	υπέρταση	καρδιοπάθεια	διανοητική πάθηση	άλλες ασθένειες	Ηλικία θανάτου	Αιτία θανάτου
Πατέρας	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Μητέρα	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Αδελφός/ή	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Αδελφός/ή	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Αδελφός/ή	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

5) Έχετε συμπληρώσει την στρατιωτική σας θητεία; ΝΑΙ Ή ΟΧΙ; Αν ΟΧΙ δηλώστε

6) Βεβαιώ ότι οι απαντήσεις που δόθηκαν από μένα πιο πάνω είναι ορθές και ολοκληρωμένες και εξουσιοδοτώ τον ιατρόν να τις χρησιμοποιήσει για τους σκοπούς του ΑΣΥΑ.

Ημερομ.

.....

Υπογραφή αθλητή

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

1. ΜΕΤΡΗΣΑΤΕ:

α) Σωματομετρικά στοιχεία:

Υψος (εκ.)	Βάρος (κιλά)
---------------	-----------------

β) Αρτηριακή πίεση (εαν είναι πάνω από 140/90)
μετρήστε 3 φορές:

Συστολική	<input type="text"/>
Διαστολική	<input type="text"/>

2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

ΝΑΙ ΟΧΙ

α) Απουσία σφύξεων αρτηριών:

β) Υπάρχει φύσημα ή κλικ;
Εαν υπάρχει φύσημα ή κλικ:

Συστολικό

Διαστολικό

* Σε περίπτωση φύσηματος να παρεπεμφθεί σε καρδιολόγο

ΟΜΑΔΑ
ΑΙΜΑΤΟΣ
Rh

3. ΑΛΛΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Παρακαλώ συμπληρώστε:

Φρονώ ότι ο ανωτέρω αθλητής μπορεί να προπονείται και να αγωνίζεται κανονικά.

Όνομα ιατρού

Ειδικότητα

Διεύθυνση

Ημερομ.

ΝΑΙ ΟΧΙ

.....

Υπογραφή Ιατρού

ΣΗΜ.: Συστήνεται όπως το παρόν αποσταλεί ΕΓΚΑΙΡΑ από το Σωματείο για έκδοση του Δελτίου Υγείας.
Όποια έντυπα ΔΕΝ είναι συμπληρωμένα σωστά, ή δεν συνοδεύονται με τα απαραίτητα συνημμένα έγγραφα και ιατρικές εξετάσεις, θα θεωρούνται ως άκυρα και θα επιστρέφονται πίσω στον αποστολέα.