

DOTAZNÍK PRO PEDIATRA/PRAKTICKÉHO LÉKAŘE SPORTOVCE ZAŘAZENÉHO DO SPŠ/SCM/VSCM/TA ČTA

Vážená paní doktorko, pane doktore

Prosíme o laskavé vyplnění zdravotního dotazníku sportovce zařazeného do systému talentované mládeže, který je ve Vaší péči. Triatlon je sportem extrémně náročným zejména na kardiovaskulární aparát. Důkladné vyplnění dotazníku nám poslouží k tomu, abychom minimalizovali riziko poškození, které by mohlo nastat v případě nepřiměřené zátěže kladené na jedince s vrozenou vadou, či dispozicí určitého charakteru.

Vyplnění dotazníku není hrazeno ze zdravotního pojištění, cenu za výkon Vám uhradí pacient.

JMÉNO SPORTOVCE	
JMÉNO LÉKAŘE	
DATUM VYPLNĚNÍ	
KONTAKTNÍ ÚDAJE LÉKAŘE	

1. Stran kardiovaskulárního aparátu mohou nejvíc ohrozit sportovce tato skrytá onemocnění; je Vám známo, že se u Vašeho pacienta, či jeho přímých příbuzných toto onemocnění vyskytovalo?	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ hypertofická kardiomyopatie ▪ arytmogenní dyspasie pravé komory ▪ syndrom dlouhého QT 	

2. Je Vám známo, že by se v rodinné anamnéze Vašeho pacienta vyskytlo náhlé úmrtí do 1 hodiny z kardiovaskulární příčiny ve věku do 50 let?	ANO	NE
Je Vám známo, že se u přímého příbuzného Vašeho pacienta vyskytla závažná arytmie?	ANO	NE
Je Vám známo, že se u jeho přímého příbuzného vyskytla trombofilie?	ANO	NE
Byl léčen pro chronickou sinusitidu, či tonsilitidu?	ANO	NE

3. Měl Váš pacient diagnostikovanu vrozenou srdeční vadu, pokud ano, jakou?	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ byl léčen pro myokarditidu ▪ byl léčen se srdcem, pokud ano kdy a o jakou Dg. Šlo ▪ byl léčen nebo vyšetřován pro hypertenzi ▪ byl vyšetřován pro arytmií ▪ měl kolapsový stav, synkopy 	

4. Byla u něho zjištěna porucha srdečního rytmu, pokud ano, o jaký typ jde, prosíme o přiložení EKG křivky, pokud je k dispozici.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	



5. Bylo u něho provedeno echo? Pokud ano, z jakého důvodu a s jakým výsledkem, na jakém pracovišti a je-li k dispozici, prosíme o přiložení zprávy.

▪

6. Byl léčen antibiotiky víc jak 3x za rok 2 či více let po sobě, pokud ano pro jaké Dg?

▪

7. byl vyšetřován pro poruchu imunity? Pokud ano, jakou?

▪

8. Byl vyšetřován pro autoimunitní onemocnění. Pokud ano jaké?

▪

9. Byl vyšetřován pro neurologické onemocnění,? Pokud ano o jaké šlo?

▪

10. Byl léčen pro astma, či jiné plicní onemocnění? Pokud ano o jakou Dg. Šlo?

▪

11. Byl léčen pro anémii? Pokud ano o jaký typ šlo?

▪

12. Byla u něho zjištěna vrozená, či získaná vada pohybového aparátu? Pokud ano, jaká?

▪

13. Pokud Vašemu pacientovi někdy v minulosti byl proveden Holter ekg, ECHO, zátěžové EKG, přiložte prosím kopie těchto vyšetření.

▪

14. Nyní uveďte prosím kompletní anamnézu pacienta:

RA:

OA:

Operace:

Úrazy:

GA:

Očkování:

Alergie:

Abusus:

.....

Sportovce **doporučuji – nedoporučuji** pro zařazení do systému talentované mládeže ČTA (nehodící škrtněte).

Informace získané z tohoto dotazníku budou použity pouze pro účely zkvalitnění lékařské péče našich sportovců a předány do rukou pracovníků lékařského týmu České triatlonové asociace.

Mnohokrát děkujeme za váš čas.

Mgr. Lenka Kovářová, Ph.D., MBA

Předsedkyně Rady ČTA