

УПРАВЛІННЯ СПОРТУ ШКІЛЬНОГО ОКРУГУ КЕНТ
ЖУРНАЛ ПІДГОТОВКИ ДО УЧАСТІ В ЗМАГАННЯХ ТА МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ

Ім'я: _____ Дата народження: _____ Дата огляду: _____ Клас: (2022–2023 рік)

Адреса: _____ Місто: _____ Індекс: _____

Основний номер телефону: _____ Вид спорту: _____ № ID учня KSD: _____

ПРИМІТКА ДЛЯ ОСОБИ, ЩО ПРОВОДИТЬ ОГЛЯД:

Цей огляд призначений для участі в змаганні **на рівні середньої школи** (7–8 класи).

Цей огляд призначений для участі в змаганні **на рівні старшої школи** (9–8 класи).

Спортсмен та батьки/опікуни: перегляньте всі запитання і за можливості надайте на них відповіді.

Терапевт: перегляньте разом зі спортсменом інформацію щодо всіх позитивних відповідей.

ЖУРНАЛ

- | | Так | Ні | |
|--------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви нещодавно захворювання/травми та чи маєте зараз захворювання/травму? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви медичні проблеми, захворювання чи травми з моменту проходження останнього огляду? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи маєте ви хронічні чи рецидивуючі захворювання? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись захворювання, що тривали довше ніж один тиждень? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Вас колись госпіталізували на ніч? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи робили вам будь-які операції, за винятком видалення мигдалин? |
| g. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись травми, через які були змушені звернутися до лікаря? |
| h. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи видаляли вам будь-які органи, окрім мигдалин (апендикс, око, нирку, тестикули тощо)? |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ви наразі вживаєте БУДЬ-ЯКІ ліки (зокрема протизаплідні пігулки, вітаміни, аспірин тощо)? |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи є у вас БУДЬ-ЯКІ АЛЕРГІЇ (на ліки, укуси бджіл, їжу чи інші фактори)? |
| 4. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи ви колись відчували біль у грудях, запаморочення, слабкість чи втрату свідомості під час або після ренувань? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи втомлюєтесь ви швидше за своїх друзів під час тренування? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись проблеми з кров'яним тиском чи серцем? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи є у вас близькі родичі, які мали проблеми із серцем, серцевий напад або які раптово померли до 50 років? |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи маєте ви проблеми зі шкірою (акне, свербіж, висипання тощо)? |
| 6. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи відчували ви колись слабкість, конвульсії, судоми або сильні запаморочення? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи трапляється у вас частий сильний головний біль? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись відчуття поколювання, печіння чи защемлення нерва? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи були ви колись в нокауті або втрачали свідомість? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись травми шиї, голови або струс мозку? |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись теплове виснаження, тепловий удар, теплові судоми або інші проблеми, викликані перегрівом? |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись напади астми, проблеми з диханням або кашель під час або після тренування? |
| 9. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ви носите окуляри, контактні лінзи або захисні окуляри? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись проблеми з очима чи зором? |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ви носите будь-які стоматологічні системи, такі як брекети, мости, пластини чи фіксатори? |
| 11. a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись травму коліна? |
| b. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись травму гомілки? |
| c. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись травми інших суглобів (плече, зап'ястя, пальці тощо)? |
| d. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви колись переломи (тріщини) кісток? |
| e. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи накладали вам колись гіпс чи шину або чи доводилося вам колись використовувати милиці? |
| f. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи маєте ви використовувати в змаганнях спеціальне обладнання (підкладки, капи, шийний валик тощо)? |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | З моменту отримання останнього щеплення від правцю вже минуло більш ніж 5 років? |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи переймаєтесь ви через свою вагу? |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ЖІНКИ: Чи були у вас проблеми з менструацією? |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Чи мали ви будь-які медичні проблеми, пов'язані з участю в змаганнях? |

***** НИЖЧЕ ЦІЄЇ ЛІНІЇ СПОРТСМЕН НЕ МАЄ НИЧОГО ПИСАТИ *****

EXAMINER'S COMMENTS ON ALL "YES" ANSWERS (refer to question number):

KENT SCHOOL DISTRICT ATHLETIC DEPARTMENT

STUDENT NAME: _____

EXPIRATION DATE:
(SCHOOL USE ONLY)

PHYSICAL EXAMINATION

Age: _____ Weight: _____ Pulse: _____ Blood Pressure: _____

Height: _____ Visual Acuity: Left 20/_____

Right 20/_____

Normal

Abnormal

- | | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | Head | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 2. | Eyes (pupils), ENT | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 3. | Teeth | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 4. | Chest | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 5. | Lungs | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 6. | Heart | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 7. | Abdomen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 8. | Neurologic | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 9. | Skin | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 10. | Physical Maturity | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 11. | Spine, Back | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 12. | Shoulders, Upper extremities | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 13. | Lower extremities | <input type="checkbox"/> | _____ |

PLEASE NOTE: THIS EXAMINATION IS FOR A PERIOD OF 24 MONTHS PER WIAA REGULATION, UNLESS OTHERWISE INDICATED. A NEW PHYSICAL EXAMINATION IS REQUIRED PRIOR TO INITIAL PARTICIPATION AT BOTH THE MIDDLE SCHOOL LEVEL (GRADES 7 – 8) AND SENIOR HIGH LEVEL (GRADES 9 – 12).

- Assessment: Full participation at the **senior high level** (grades 9 - 12).
 Full participation at the **middle school level** (grades 7 - 8).
 Limited participation (describe limitations, restrictions):
- } To be eligible to participate, an examiner must check one of these boxes.

Participation contraindicated (list reasons):

Recommendations (equipment, taping, rehabilitation, etc.):

EXAMINER'S SIGNATURE: _____

DATE: _____

PRINT EXAMINER'S NAME: _____

EXAMINER'S PHONE NUMBER: (____) _____