ANAMNESTICKÝ ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

*Pro účely preventivní sportovně-kardiologické prohlídky ve zdravotnickém zařízení Ordinace pro choroby srdce s.r.o. v Chomutově.*

***Příjmení, jméno:*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ***Rodné číslo:*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

***Bydliště:*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

***Hlavní sport:*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ***Tréninkové zatížení v hodinách týdně:*** . . . . .

**V rodině se vyskytly (vyskytují) tyto choroby :**

Z*ajímají nás hlavně* ***sourozenci, rodiče a prarodiče****.*

*Pokud se onemocnění nevyskytuje či nevyskytlo, tak řádek proškrtněte.*

*Pokud se onemocnění vyskytuje či vyskytlo, napište u koho z příbuzných a v jakém věku.*

**Náhlé úmrtí** (bez úrazu jako příčiny) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Poruchy vědomí, úraz či autonehoda bez zjevné příčiny** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Hypertrofická event. jiná kardiomyopatie** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Sy. dlouhého QTc** (abnormita na EKG) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Poruchy srdečního rytmu, implantace kardiostimulátoru . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ischemická choroba srdeční – infarkt myokardu, angína pectoris nebo cévní mozková příhoda (mrtvice) u příbuzných mužského pohlaví ve věku 55-let a méně či příbuzných ženského pohlaví ve věku 65-let a méně

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Srdeční chlopenní vada . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Jiné srdeční onemocnění . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Trombóza (záněty žil) na dolních končetinách, embolizace do plic . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Vysoký krevní tlak . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Cukrovka, pokud ano, tak léčená dietou, tabletami či aplikací inzulínu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nádorová onemocnění . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Onemocnění nervové soustavy, epilepsie . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Onemocnění žaludku, dvanáctníku, střev či žlučníku . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Onemocnění krve (anémie, poruchy krevní srážlivosti) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Onemocnění ledvin . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Onemocnění kloubů, páteře . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Alergická onemocnění – senná rýma, bronchiální astma, ekzémy . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Léčím se či prodělal/a jsem tato onemocnění:**

*Pokud ano, podtrhněte dané onemocnění, event. dopište do řádku „Jiné“*

**Infekční nemoci**:

časté angíny, spála, spalničky, příušnice, zarděnky, černý kašel, ***infekční žloutenka***,

mononukleosa, tuberkulóza, ***borelióza***

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Dýchacích orgánů**:

časté záněty horních cest dýchacích, záněty vedlejších nosních dutin, časté záněty průdušek,

***bronchiální astma***, opakované záněty plic,

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Srdce a cév:**

***vrozené srdeční vady***, revmatická horečka, ***vysoký krevní tlak***,

městky (varixy) dolních končetin

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Zažívacích orgánů**:

opakované zažívací obtíže, nechutenství, opakované průjmy, opakované zácpy,

vředová choroba žaludku, vředová choroba dvanáctníku,

onemocnění jater, žlučníku, slinivky břišní.

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Močových orgánů**:

záněty močových cest, záněty ledvin, ledvinná kolika, ledvinové kameny

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Nervové soustavy**:

***záchvaty bezvědomí***, ***záchvaty křečí***, ***prokázaná epilepsie***, zánět mozkových blan

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Endokrinní**:

***cukrovka***, zvýšená funkce štítné žlázy, snížená funkce štítné žlázy, zvětšená štítná žláza

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Oční**:

slabozrakost, ***nosím brýle / kontaktní čočky*** - dioptrie vlevo . . . . . . , dioptrie vpravo . . . . . . . .

tupozrakost oka – kterého . . . . . . . . . . . . . .

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Ušní**:

***omezení sluchu***, ***opakované záněty středního ucha***, perforace ušního bubínku,

***poruchy rovnováhy***

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Kožní**:

kožní vyrážky, kopřivky, opakované ekzémy, kožní plísně, plísně nehtů

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**A l e r g i e:**

***prokázaná alergie*** na . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . projevující se . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

prokázaná alergie na . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . projevující se . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

prokázaná alergie na . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . projevující se . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

***známá alergie na léky*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . projevující se . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Kostry a svalstva**

vadné držení těla, deformace páteře, bolesti v zádech

Jiné: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Prodělané operace, vážnější úrazy:**

*Uveďte důvod operace, typ úrazu a rok ve kterém k události došlo:*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Jiné než výše uvedené choroby**:

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Dlouhodoběji užívané léky**

Název: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . důvod užívání . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Název: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . důvod užívání . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Název: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . důvod užívání . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Název: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . důvod užívání . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Svým podpisem potvrzuji, že uvedené anamnestické údaje jsou pravdivé a úplné.**

***(U mladších 18-ti let je nutný podpis zákonného zástupce)***

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Datum Podpis

**Svým podpisem potvrzuji, že uvedené anamnestické údaje o mém nezletilém synovi / mé nezletilé dceři jsou pravdivé a úplné.**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Datum Podpis zákonného zástupce

\* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*

**Jako registrující praktický lékař/ka pro děti a dorost nemám námitek proti vydání osvědčení o způsobilosti ke sportovní činnosti vyšetřovaného/né ve výše uvedeném druhu sportu. Současně potvrzuji úplnost uvedených (mě známých) anamnestických údajů**.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Datum Podpis + razítko dětského lékaře/ky