СПбГБУЗ «МВФД №1»
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ЦЕНТР
СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Санкт-Петербургское бюджетное учреждение здравоохранения
«Межрайонный врачебно-физкультурный диспансер №1»
197022, Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., д. 48
Тел.: 8 (812) 500-05-25, e-mail: info@mvfd1.ru сайт: www.mvfd1.ru

Анкета о состоянии здоровья

Ф.И.О.: _____ _____ г.р.
Ф.И.О. спортсмена полностью — дата рождения

Спортивная организация_____ вид спорта_____

Пожалуйста, достоверно и развернуто ответьте на каждый пункт в анкете.

1	**Вопросы о тренировочной и соревновательной деятельности:** Спортивный стаж с ___ лет. Избранным видом спорта с ___ лет; Тренировки ___ дней в неделю, по ___ часов, из них по 2 тренировки ___ в неделю; Последняя тренировка была (дата) _____; Участие в соревнованиях за последние 6 месяцев (количество) ___ и их уровень: районные/городские/областные/всероссийские/международные; нужное подчеркнуть Выезды на тренировочные сборы за последние 6 месяцев (месяц, город) _____ Спортивный разряд/звание: _____ Занятие другими видами спорта _____ вид спорта, количество лет, наличие разряда/звания Особенности тренировочного процесса _____ регулярность, как переносит и т.д.	
2	**Вопросы о наследственности:** ***По линии матери:***	*нужное обвести*
	Врожденные пороки развития сердца (у кого, какие)	*да/нет*
	Случаи инфаркта миокарда или инсульта в возрасте до 50 лет (у кого)	*да/нет*
	Случаи внезапной смерти в возрасте до 50 лет (у кого)	*да/нет*
	Онкологические заболевания (у кого, какие)	*да/нет*
	Заболевания эндокринной системы (гипертиреоз, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет 1/2 типа, другое_____ (у кого)	*да/нет*
	Заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, другое _____ (у кого)	*да/нет*
	Наследственные /хромосомные заболевания (у кого, какие)	*да/нет*
	Ревматоидные заболевания (у кого, какие)	*да/нет*
	Иные заболевания (у кого, какие)	
	По линии отца:	
	Врожденные пороки развития сердца (у кого, какие)	*да/нет*
	Случаи инфаркта миокарда или инсульта в возрасте до 50 лет (у кого)	*да/нет*
	Случаи внезапной смерти в возрасте до 50 лет (у кого)	*да/нет*
	Онкологические заболевания (у кого, какие)	*да/нет*
	Заболевания эндокринной системы (гипертиреоз, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет 1/2 типа, другое_____ (у кого)	*да/нет*
	Заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, другое _____ (у кого)	*да/нет*
	Наследственные /хромосомные заболевания (у кого, какие)	*да/нет*
	Ревматоидные заболевания (у кого, какие)	*да/нет*
	Иные заболевания (у кого, какие)	
3	**Вопросы о самочувствии и заболеваемости:** ***Укажите перенесенные заболевания <u>с указанием давности</u>:***	*нужное обвести*
	Потеря сознания	*да/нет*
	Травмы (какие)	*да/нет*
	Сотрясение головного мозга	*да/нет*
	Операции (какие)	*да/нет*
	Ветряная оспа	*да/нет*
	Краснуха	*да/нет*
	Корь	*да/нет*

	Скарлатина		*да/нет*
	Коклюш		*да/нет*
	Инфекционный мононуклеоз		*да/нет*
	COVID-19		*да/нет*
	Железодефицитная анемия		*да/нет*
	ОРВИ/ОРЗ		*да/нет*
	Стрептококковая/стафилококковая инфекция (нужное обвести)		*да/нет*
	Сепсис		*да/нет*
	Кишечные инфекции (рвота, повышение температуры)		*да/нет*
	Острая пневмония		*да/нет*
	Болезни нервной системы: энцефалопатия, гидроцефалия, другое _____		*да/нет*
	Инфекции мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, другое _____		*да/нет*
	Иные заболевания		
	Наличие хронических заболеваний:		
	Бронхиальная астма		*да/нет*
	Аллергический ринит/поллиноз		*да/нет*
	Гастродуоденит		*да/нет*
	Целиакия		*да/нет*
	Тонзиллит		*да/нет*
	Пиелонефрит		*да/нет*
	Цистит		*да/нет*
	Сахарный диабет 1/2 типа		*да/нет*
	Аутоиммунный тиреоидит		*да/нет*
	Иные заболевания		*да/нет*
	Отмечались ли головные боли/головокружения/обмороки/судороги/проблемы с координацией или равновесием (нужное обвести)	*в покое/на тренировке*	*да/нет*
	Были или есть у Вас случаи внезапного учащенного/неритмичного сердцебиения/боли в области сердца/одышка (нужное обвести)	*в покое/на тренировке*	*да/нет*
4	**Вопросы о наличии врожденных аномалий развития органов**		*нужное обвести*
	Отсутствие:		*да/нет*
	Удвоение:		*да/нет*
	Неправильное расположение:		*да/нет*
5	Прием лекарственных средств/витаминов/БАДов (нужное обвести, какие)		*да/нет*
6	Курение/употребление алкоголя/наркотических веществ/энергетических напитков (нужное обвести)	*в настоящее время/ранее*	*да/нет*
7	**Вопросы о женском здоровье**		
	Менструации		*да/нет*
	с _____ возраста, периодичность____дней, продолжительность____дней, регулярные/нерегулярные, болезненные/безболезненные		
	Профилактическое наблюдение у гинеколога 1 раз в 12 месяцев		*да/нет*
8	Какие еще особенности своего организма Вы можете сообщить:		

Обращаем внимание, что непредставление или искажение информации о состоянии здоровья прямо или косвенно может нанести вред здоровью. Вы несете ответственность за сообщаемую информацию.

Ф.И.О. заполнявшего анкету: _____

спортсмен/пациент или его законный представитель

Подпись: _____ **Дата заполнения:** «___» _____20__г.