



Formularz medyczny zawodnika/ zunifikowanego partnera– Historia zdrowia (Wypełnia rodzic / opiekun prawny/ pełnoletni partner)

Imię i nazwisko zawodnika/partnera: _____ Oddział Regionalny _____

Data urodzenia (dd/mm/rrrr): _____ ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Kraj: Polska Email i / lub telefon zawodnika: _____

Czy zawodnik/partner ma (zaznacz x jeśli dotyczy):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autyzm | <input type="checkbox"/> Zespół Downa | <input type="checkbox"/> Zespół łamliwego chromosomu X |
| <input type="checkbox"/> Porażenie mózgowe | <input type="checkbox"/> Alkoholowy zespół płodowy | <input type="checkbox"/> Zespół Marfana |
| <input type="checkbox"/> Inne, proszę sprecyzować: _____ | | |

ALERGIE I DIETY

- ☐ Nie ma alergii
- ☐ Lateks
- ☐ Leki: _____
- ☐ Ukąszenia owadów: _____
- ☐ Pokarmy: _____

Czy zawodnik/partner używa (zaznacz jeśli dotyczy):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aparat ortodontyczny | <input type="checkbox"/> Kolostomia | <input type="checkbox"/> Urządzenia do komunikacji |
| <input type="checkbox"/> Maski do leczenia bezdechu sen. | <input type="checkbox"/> Kule lub balkonik | <input type="checkbox"/> Protezy dentystyczne |
| <input type="checkbox"/> Okulary lub szkła kontakt. | <input type="checkbox"/> Gastro lub Jejunostomia | <input type="checkbox"/> Aparat słuchowy |
| <input type="checkbox"/> Wszczepy | <input type="checkbox"/> Inhalator | <input type="checkbox"/> Rozrusznik serca |
| <input type="checkbox"/> Protezy odpinane | <input type="checkbox"/> Unieruchomienia | <input type="checkbox"/> Wózek |

Wymagania specjalnej diety: _____

Dyscyplina sportu, w której będzie startował zawodnik/partner w Berlinie:

Czy kiedykolwiek były przeciwwskazania medyczne, do uprawiania sportu?

☐ Nie ☐ tak Jeśli tak to opisz: _____

Przebyte operacje, infekcje, szczepienia

Przebyte operacje: _____

Czy zawodnik/partner aktualnie ma przewlekłą lub ostrą infekcję?

☐ Nie ☐ tak Jeśli tak to opisz: _____

Czy zawodnik/partner miał kiedykolwiek nieprawidłowy Elektrokardiogram lub Echokardiogram Jeśli tak to opisz kiedy i jaki był wynik

- ☐ Tak, miał nieprawidłowe EKG _____
- ☐ Tak, miał nieprawidłowe Echo _____

Czy zaw/part miał szczepienie przeciw tężcowi w ciągu ostatnich 7 lat? ☐ Nie ☐ Tak

Czy zawodnik/partner przeszedł zakażenie Covid -19 ? ☐ Nie ☐ Tak - Jeśli tak podaj datę pozytywnego testu na covid (dd/mm/rrrr) _____

Zaznacz opis pasujący do objawów jakich doświadczył zawodnik/partner

- ☐ Bez objawów ☐ Łagodne objawy – kaszel, utrata smaku, węchu lub uczucie zmęczenia, które ustąpiło po około 2 tygodniach
- ☐ Umiarkowane objawy– duszności przy wysiłku, ogólne bóle mięśni ☐ Ciężkie objawy – hospitalizacja

Opisz czy i jakie wystąpiły komplikacje po zakażeniu COVID-19 _____

Epilepsja i/lub inne napady

Epilepsja lub inny rodzaj zaburzeń napadowych ☐ Nie ☐ Tak

Jeśli tak to jakie zaburzenie: _____

Jeśli tak to czy były ataki w trakcie ostatniego roku? ☐ Nie ☐ Tak



Formularz medyczny zawodnika/ zunifikowanego partnera– Historia zdrowia (Wypełnia rodzic / opiekun prawny/ pełnoletni partner)

Imię i nazwisko zawodnika/partnera: _____ Oddział Regionalny _____

Zdrowie psychiczne					
Samookaleczenia w ciągu ostatniego roku	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	Depresja (zdiagnozowana)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Agresywne Zachowania w ciągu ostatniego roku	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	Lęki (zdiagnozowany)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
Proszę opisać inne problemy psychiczne zawodnika/partnera:					

Problemy zdrowotne występujące w rodzinie	
Czy ktoś z krewnych zmarł na serce przed wiekiem 50 lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy ktoś z krewnych zmarł w trakcie wysiłku fizycznego?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Wymień wszystkie problemy medyczne występujące w rodzinie zawodnika/partnera:	

Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz str 1 i 2:

Związek tej osoby z zawodnikiem, Podpis tej osoby:

Formularz medyczny zawodnika/ zunifikowanego partnera– **Historia zdrowia**
(Wypełnia rodzic / opiekun prawny/ pełnoletni partner)

Imię i nazwisko zawodnika/partnera: _____ Oddział Regionalny _____

Proszę wskazać czy zawodnik/partner przebył/ma, któreś z poniższych (zaznacz właściwe):

Utrata przytomności	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Wysokie ciśnienie krwi	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Udar/ Przemijający napad niedokrwienny	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Zawroty głowy podczas lub po ćwiczeniach	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Wysoki cholesterol	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Wstrząśnienie mózgu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Bóle głowy podczas lub po ćwiczeniach	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Utrata wzroku	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Astma	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Bóle w kl. piersiowej podczas lub po ćwiczeniach	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Utrata słuchu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Cukrzyca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Krótki oddech podczas lub po ćwiczeniach	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Powiększenie śledziony	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Zapalenie wątroby	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Nieregularne, nagle itp. uderzenia gorąca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Pojedyncza nerka	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Zaburzenia dyzuryczne	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Wrodzone wady serca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Osteoporoza	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Rozszczep kręgosłupa	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Atak serca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Osteopenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Artretyzm	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Kardiomiopatia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Anemia sierpowata	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Przegrzanie, udar słon.	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Wady zastawek serca	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Cechy sierpowatych krwinek	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Złamania	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Szmer w sercu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Częste krwawienia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Mononukleoza (mono)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Zapalenie wsierdzia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli kobieta, data ostatniej menstruacji: _____			

Opisz przebyte złamania kości i skręcenia stawów:
(Jeśli zaznaczono powyżej):

Wymień inne trwające lub przeszłe problemy ze zdrowiem zawodnika/partnera:

Neurologiczne symptomy kompresji rdzenia kręgowego lub niestabilności w stawie szczytowo-obrotowym

Nietrzymanie stolca lub moczu	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Drętwienie lub mrowienie nóg, rąk, dłoni albo stóp	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Słabość nóg, rąk albo stóp	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Pieczenie, kłucie, uszkodzenie nerwu lub ból w szyi, pleców, ramion, rąk, dłoni, pośladków, nóg oraz stóp	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Kręczy szyi	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Spastyczność	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Paraliż	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, to czy jest to nowe lub pogorszyło się w ciągu 3 ostatnich lat?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

Wymień zażywane leki, witaminy lub suplementy diety
(włączając inhalatory, środki antykoncepcyjne lub terapie hormonalne)

Nazwa leku, witaminy lub suplementu	Dawka	Ile razy dziennie	Nazwa leku, witaminy lub suplementu	Dawka	Ile razy dziennie	Nazwa leku, witaminy lub suplementu	Dawka	Ile razy dziennie

Czy zawodnik potrafi sam zażywać swoje leki?

☐ Nie ☐ Tak

Czytelny podpis wypełniającego formularz

Związek z zawodnikiem

Tel. Kom.

Email



Formularz medyczny zawodnika/partnera zunifikowanego – Badanie Medyczne (Wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko zawodnika/partnera: _____ Oddział Regionalny _____

INFORMACJA MEDYCZNA (Wypełnia lekarz)

Wzrost	Waga	BMI (opcjonalne)	Temperatura	Puls	O ₂ Sat	Ciśnienie		Wzrok			
cm	kg	BMI	C			Ciś. Prawa:	Ciś. Lewa:	Prawe 20/40 albo lepiej	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> N/A
								Lewe 20/40 albo lepiej	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> N/A
Słyszenie prawe	<input type="checkbox"/> Odpowiada	<input type="checkbox"/> Nie odpowiada	<input type="checkbox"/> Nie można ocenić			Perystaltyka jelit	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak			
Słyszenie lewe	<input type="checkbox"/> Odpowiada	<input type="checkbox"/> Nie odpowiada	<input type="checkbox"/> Nie można ocenić			Powiększenie wątroby	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak			
Prawy kanał słuchowy	<input type="checkbox"/> Czysty	<input type="checkbox"/> Woskowina	<input type="checkbox"/> Ciało obce			Powiększenie śledziony	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak			
Lewy kanał słuchowy	<input type="checkbox"/> Czysty	<input type="checkbox"/> Woskowina	<input type="checkbox"/> Ciało obce			Tkliwość brzucha	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> PGK	<input type="checkbox"/> PDK	<input type="checkbox"/> LGK	<input type="checkbox"/> LDK
Prawa błona bębenkowa	<input type="checkbox"/> Czysta	<input type="checkbox"/> Perforacja	<input type="checkbox"/> Infekcja	<input type="checkbox"/> NA		Objaw Goldflama	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Prawa	<input type="checkbox"/> Lewa		
Lewa błona bębenkowa	<input type="checkbox"/> Czysta	<input type="checkbox"/> Perforacja	<input type="checkbox"/> Infekcja	<input type="checkbox"/> NA		Odruchy praw. Gór. kończyny	<input type="checkbox"/> Norma	<input type="checkbox"/> Zmniejszone	<input type="checkbox"/> Hiperrefleksja		
Higiena jamy ustnej	<input type="checkbox"/> Dobra	<input type="checkbox"/> Średnia	<input type="checkbox"/> Słaba			Odruchy lew. Gór. kończyny	<input type="checkbox"/> Norma	<input type="checkbox"/> Zmniejszone	<input type="checkbox"/> Hiperrefleksja		
Powiększenie tarczycy	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak				Odruchy praw. dol. kończyny	<input type="checkbox"/> Norma	<input type="checkbox"/> Zmniejszone	<input type="checkbox"/> Hiperrefleksja		
Pow. węzłów chłonnych	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak				Odruchy lew. dol. kończyny	<input type="checkbox"/> Norma	<input type="checkbox"/> Zmniejszone	<input type="checkbox"/> Hiperrefleksja		
Szmer w sercu (poz. leżąca)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1/6 lub 2/6	<input type="checkbox"/> 3/6 lub więcej			Zaburzenia chodu	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, opis			
Szmer w sercu (poz. pion)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1/6 lub 2/6	<input type="checkbox"/> 3/6 lub więcej			Spastyczność	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, opis			
Rytm serca	<input type="checkbox"/> Regularne	<input type="checkbox"/> Nieregularne				Drżenie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, opis			
Płuca	<input type="checkbox"/> Czyste	<input type="checkbox"/> Nie czyste				Ruchomość szyi i pleców	<input type="checkbox"/> Pełna	<input type="checkbox"/> Nie pełna, opis			
Obrzęk prawej nogi	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+				Ruchomość kończyn górnych	<input type="checkbox"/> Pełna	<input type="checkbox"/> Nie pełna, opis			
Obrzęk lewej nogi	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+				Ruchomość kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Pełna	<input type="checkbox"/> Nie pełna, opis			
Symetria Tętna nad tętnicami promieniowymi	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> P>L	<input type="checkbox"/> L>P			Siła kończyn górnych	<input type="checkbox"/> Pełna	<input type="checkbox"/> Nie pełna, opis			
Sinica	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, opis				Siła kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Pełna	<input type="checkbox"/> Nie pełna, opis			
Palce Palczkowate	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, opis				Utrata czucia	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, opis			

Kompresja rdzenia kręgowego i niestabilność w stawie szczytowo obrotowym (zaznacz jedno)

- ☐ Zawodnik/partner nie ma żadnych neurologicznych lub fizycznych objawów, które mogą być powiązane z kompresją rdzenia kręgowego lub niestabilnością w stawie szczytowo obrotowym.
- ☐ Zawodnik/partner ma neurologiczne lub fizyczne objawy, które mogą być powiązane z kompresją rdzenia kręgowego lub niestabilnością w stawie szczytowo obrotowym i wymaga dodatkowej neurologicznej diagnozy w celu oceny ryzyka uszkodzenia rdzenia kręgowego aby zostać dopuszczonym do uprawiania sportu.
- ! TYLKO W POLSKIEJ WERSJI FORMULARZA !**
- ☐ Zawodnik/Partner może uczestniczyć w zajęciach rekreacyjnych w środowisku wodnym (jeśli są ograniczenia należy je wpisać poniżej).
- OGRANICZENIA w zajęciach w środowisku wodnym.....**

Dopuszczenie zawodnika/partnera do udziału w Igrzyskach (wypełnia lekarz)

Lekarze: Zaleca się aby badający zapoznał się z historią medyczną zawodnika/partnera razem z opiekunem przed badaniem. Jeśli zawodnik/partner wymaga dalszej medycznej oceny proszę użyć formularza Olimpiad Specjalnych - Dalszej Medycznej Oceny (strona 5) w celu dopuszczenia zawodnika do zawodów.

- ☐ Ten zawodnik/partner może uczestniczyć w zawodach Olimpiad Specjalnych bez ograniczeń.
- ☐ Ten zawodnik/partner może uczestniczyć w zawodach Olimpiad Specjalnych z **pewnymi ograniczeniami**. Opis → _____
- ☐ Ten zawodnik/partner **NIE MOŻE teraz uczestniczyć** w zawodach Olimpiad Specjalnych i musi zostać poddany dalszemu badaniu lub leczeniu:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Badanie kardiologiczne | <input type="checkbox"/> Ostra infekcja | <input type="checkbox"/> Nasylenie tlenem mniejsze niż 90% (w temp. Pok.) |
| <input type="checkbox"/> Badanie neurologiczne | <input type="checkbox"/> Nadciśnienie stopnia 2 lub wyższego | <input type="checkbox"/> Powiększenie wątroby lub śledziony |
| <input type="checkbox"/> Inne, wymień: | | |

Dodatkowe uwagi lekarza i zalecane (ale nie wymagane) konsultacje:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> zalecana konsultacja kardiologiczna | <input type="checkbox"/> zalecana konsultacja neurologiczna | <input type="checkbox"/> zalecana konsultacja internistyczna |
| <input type="checkbox"/> zalecana konsultacja okulistyczna | <input type="checkbox"/> zalecana konsultacja laryngologiczna | <input type="checkbox"/> zalecana konsultacja dentystyczna |
| <input type="checkbox"/> zalecana konsultacja podiatryczna | <input type="checkbox"/> zalecana konsultacja fizykoterapeutyczna | <input type="checkbox"/> zalecana konsultacja dietetyczna |
| <input type="checkbox"/> Inne badania uwagi: | | |

Podpis i pieczęć lekarza (z numerem prawa wykonywania zawodu) *

Data

Nazwisko:

Email:

Telefon:

Formularz dalszej oceny dalszej oceny medycznej zawodnika/partnera (wypełnia lekarz)



ŚWIATOWE LETNIE IGRZYSKA
OLIMPIAD SPECJALNYCH
BERLIN 2023

Imię i nazwisko zawodnika/partnera: _____ Oddział Regionalny _____

**Ten formularz jest wypełniany tylko w przypadku gdy lekarz nie dopuszcza zawodnika/partnera (strona 3) -
Dopuszczenie zawodnika/partnera do udziału w Igrzyskach) i wymaga dalszego badania lub leczenia.
Zawodnik/partner powinien mieć ze sobą wypełnione strony 1-4 niniejszego formularza
podczas wizyty u specjalisty.**

Imię i nazwisko lekarza: _____

Specjalność: _____

Zostałem poproszony o wykonanie dodatkowego badania zawodnika/partnera ze względu na :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wątpliwości Kardiologiczne | <input type="checkbox"/> Ostra infekcja | <input type="checkbox"/> Nasycenie tlenem mniejsze niż 90% |
| <input type="checkbox"/> Wątpliwości Neurologiczne | <input type="checkbox"/> Nadciśnienie stopnia 2 lub wyższego | <input type="checkbox"/> Powiększenie wątroby lub śledziony |
| <input type="checkbox"/> Other, please describe: _____ | | |

**Według mojej oceny, ten zawodnik/partner zuniifikowany może uczestniczyć w zawodach Olimpiad Specjalnych
(wskaz ewentualne ograniczenia i uwagi poniżej):**

☐ Tak ☐ Tak, ale z ograniczeniami (*patrz niżej*) ☐ Nie

Dodatkowe uwagi lekarza / Ograniczenia: _____

E-mail lekarza: _____

Telefon Lekarza: _____

Numer prawa wykonywania zawodu: _____

Podpis lekarza i pieczęć*

Data

*W tym miejscu konieczny jest podpis lekarza na formularzu angielskim

[W tym miejscu na formularzu w języku angielskim znajduje się część, którą wypełnia organizator.
Ta część została pominięta na formularzu w języku polskim]