

SPORTSKOMEDICINSKI FORMULAR

ime i prezime		datum pregleda	
datum rođenja		sport	
adresa		tim	
telefon/mobilni		trener	
e-mail		pozicija u timu	

Koje godine ste počeli da trenirate?	
Koliko puta (sati) nedeljno trenirate?	
Koliko sati dnevno trenirate?	
Faza takmičarskog ciklusa?	

Pitanje	DA	NE	pitanje	DA	NE
Da li ste imali neko oboljenje ili povredu od poslednjeg lekarskog pregleda?			Da li ste ikada imali povredu glave ili potres mozga?		
Da li ste trenutno bolesni ili imate neko hronično oboljenje?			Da li ste ikada ostali bez svesti ili izgubili pamćenje?		
Da li ste ikada bili lečeni u bolnici?			Da li ste ikada imali epileptični napad?		
Da li ste ikada operisani?			Da li imate česte ili jake glavobolje?		
Da li trenutno koristite neke lekove ili tablete ili koristite inhalator?			Da li ste ikada imali uklještenje ili zapaljenje nerva?		
Da li ste ikada koristili neke suplemente u cilju dobijanja ili gubitka težine ili u cilju poboljšanja sportskog rezultata?			Da li ste ikada imali osećaj ukočenosti ili imali osećaj peckanja duž ruke, u šaci, duž noge ili u stopalu?		
Da li ste alergični? (npr. na polen, lekove, namirnice ili ubod insekata)			Da li Vam je ikada bilo loše nakon fizičke aktivnosti na vrućini?		
Da li ste ikada izgubili svest tokom ili nakon fizičke aktivnosti?			Da li tokom fizičke aktivnosti imate kašalj, zviždanje u grudima ili tegobe sa disanjem?		
Da li ste ikad imali vrtoglavicu tokom ili nakon fizičke aktivnosti?			Da li imate astmu?		
Da li ste ikad imali bol u grudima tokom ili nakon fizičke aktivnosti?			Da li imate probleme sa očima ili vidom?		
Da li se tokom fizičke aktivnosti umarate brže i češće od vaših prijatelja?			Da li nosite naočare, sočiva ili neku zaštitu za oči?		
Da li Vam je srce ikad ubrzano kucalo ili preskakalo u miru ili bez očiglednog razloga?			Da li ste ikada imali otok ili istegnuće nakon povrede?		
Da li ste ikada imali povišeni krvni pritisak ili povišen holesterol?			Da li ste ikada imali iščešenje zgloba ili prelom kosti?		
Da li Vam je ikad rečeno da imate šum na srcu?			Da li želite da imate manju ili veću telesnu težinu od trenutne?		
Da li Vam je neki član porodice umro od srčanog oboljenja iznenada pre navršene 50. godine života?			Da li morate redovno da gubite na telesnoj težini da bi se takmičili u svojoj kategoriji?		

Da li ste imali težu virusnu infekciju tokom poslednjih mesec dana ? (npr. miokarditis ili mononukleozu)			Da li osećate da ste pod stresom?		
Da li Vam je ikada lekar zabranio ili ograničio učestvovanje na takmičenju zbog srčanih tegoba?			Da li trenutno imate bilo koje kožne probleme? (svrab, osip, akne, bradavice, gljivičnu infekciju, plikove)?		
Da li ste imali bilo kakvih problema – bol ili otok mišica, tetiva, kostiju ili zglobova (podvući): Glave, vrata, leđa, grudi, ramena, nadlaktice, lakta, podlaktice, ručnog zgloba šake, prsta, kuka, butine, kolena, potkolenice, lista, skočnog zgloba, stopala			Da li pušite? (ako je odgovor DA, napišite koliko cigareta i koliko dugo)		
			Da li konzumirate alkohol? (ako je odgovor DA, napišite koju vrstu i alkohola i koliko)		
Detaljnije objasnite pitanja na koje ste odgovorili sa DA					
Ovim potvrđujem da su moji odgovori na postavljena pitanja sveobuhvatni i tačni. Upoznat sa procedurom i rizikom testiranja i prihvatam ga na spostvenu odgovornost.					
Potpis sportiste					

HR max		HR _{R=1}	
1`min		V _{R=1}	
2`min		V max	
3`min		t (trajanje testa)	
TA max		R na kraju testa	
VO ₂ max		fleksibilnost	
VE max			