Анкета для спортсмена.

Ф.И.О. спортсмена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Были или есть у кого-нибудь из членов вашей семьи (включая родственников матери и отца ребенка) врожденные пороки сердца? ( (да/нет/не знаю)

2. Были в вашей семье случаи внезапной смерти в возрасте до 50 лет? (да /нет /не знаю)

3. Были у кого-нибудь из членов вашей семьи случаи внезапного приступообразного учащения сердечного ритма (ЧСС от 160 до 250 уд/мин)? (да /нет /не знаю)

4. Были в вашей семье случаи инфаркта миокарда или инсульта в возрасте до 50 лет? (да /нет /не знаю)

5.Были у вашей мамы во время беременности отеки, изменения в моче,повышенное артериальное давление (да /нет /не знаю)

6.Доношенной или недоношенной была беременность у вашей мамы? (доношенной /недоношенной /не знаю)

7. Было в детстве желание есть мел, землю, нюхать лаки, краски, бензин ? (да/нет)

8. Часто вы болели (или болеете) простудными заболеваниями? ( (да/нет)

9. Диагностировалась у вашей мамы или отца язвенная болезнь 12-перстной кишки? (да /нет /не знаю)

10. Есть у вас или были раньше:

а) очаги инфекции в носоглотке (хронический насморк, воспаление миндалин, среднего уха, придаточных пазух носа, аденоиды)? ( (да/нет)

б) невроз? (да/нет)

в) лямблиоз? (да/нет)

г) аскаридоз? (да/нет)

11. Часто вы используете (или использовали) при лечении антибиотики? (да/нет)

12. Болели вы вирусным гепатитом? (да/нет)

13. Есть у вас аллергия/ бронхиальная астма? (да/нет)

14. Были у вас черепно-мозговые травмы? (да/нет)

15.Были или есть у кого-нибудь из членов вашей семьи (включая родственников матери и отца) злокачественные опухоли? (да/нет)

16.Возраст матери при рождении спортсмена (до 40/старше 40)?

17.Ваша масса тела при рождении (2700г и ниже / выше 2700г)?

Ф.И.О. заполнившего анкету\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.