

# Formularz Medyczny zawodnika

Special Olympics



Formularz ten składa się z dwóch sekcji.

Sekcja 1: Obowiązkowa do wypełnienia przez wszystkich zawodników uczestniczących w aktywnościach Olimpiad Specjalnych, włączając w to imprezy jednodniowe, treningi i zawody. Dla zawodów dłuższych niż jeden dzień oraz Igrzysk, sekcja 2: *musi* być wypełniona przez lekarza, według zaleceń i ustaleń danego program narodowego.

**Wypełnij formularz używając dużych liter drukowanych.**

## Sekcja 1: Do wypełnienia przez wszystkich zawodników

Wypełnia sam zawodnik lub rodzic/opiekun/trener.

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_ Preferowane imię: \_\_\_\_\_

Data urodzenia (dd/mm/rrrr): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Płeć:  Kobieta  Mężczy.  Inna

Email zawodnika: \_\_\_\_\_ Telefon zawodnika: \_\_\_\_\_  Kom.  Stacjonarny

Adres: \_\_\_\_\_ Kraj: Polska

### Kontakt w nagłych wypadkach

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  Kom.  Stacjonarny

Związek z zawodnikiem:  rodzic  opiekun  członek rodziny  lekarz/pielęgniarka  trener  inne

### Czy zawodnik ma: (wypełnij obowiązkowo)

Zaznacz jeśli dotyczy:	<input type="checkbox"/> Autyzm	<input type="checkbox"/> Porażenie mózgowe	<input type="checkbox"/> Zespół Downa	<input type="checkbox"/> Alkoholowy zespół płodowy
	<input type="checkbox"/> Zespół Marfana	<input type="checkbox"/> Rozszczep kręgosłupa	<input type="checkbox"/> Epilepsja	<input type="checkbox"/> Zespół tamiwego chromosomu X
	<input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Nie rozpoznane żadne z powyższych		
Inne, proszę sprecyzować:				

### Używany sprzęt rehabilitacyjny i inne przystosowania - Czy zawodnik używa jednego z poniższych urządzeń? Zaznacz jeśli dotyczy:

Ruchowe	<input type="checkbox"/> Balkonik	<input type="checkbox"/> Kule	<input type="checkbox"/> Wózek inw.	<input type="checkbox"/> Zdemowalne ortezy
	<input type="checkbox"/> Protezy	<input type="checkbox"/> Nie używa		
Inne przystosowania	<input type="checkbox"/> Maski do leczenia bezdechu sen.	<input type="checkbox"/> Kolostomia	<input type="checkbox"/> Inhalator	<input type="checkbox"/> Protezy dentystyczne
	<input type="checkbox"/> Okulary, szkła kontaktowe lub inna ochrona oczu	<input type="checkbox"/> Nie używa		
Komunikacyjne	<input type="checkbox"/> Aparat słuchowy	<input type="checkbox"/> Urządzenia komunikacyjne	<input type="checkbox"/> Język migowy	<input type="checkbox"/> Nie używa
Urządzenia medyczne	<input type="checkbox"/> Wszczepialny kardiowerter-defibrylator (ICD)	<input type="checkbox"/> Implant mózgowy do leczenia padaczki	<input type="checkbox"/> Rozrusznik serca	<input type="checkbox"/> Nie używa
	<input type="checkbox"/> Bocznik VP	<input type="checkbox"/> Stymulator rdzenia kręgowego		

Czy zawodnik ma wymagania odnośnie diety?	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Jeśli tak, opisz:
Czy używa innych urządzeń wspomagających?	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Jeśli tak, opisz:

Imię i nazwisko zawodnika \_\_\_\_\_

**Informacja ogólna na temat zdrowia:**

Czy masz problem z sercem?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Czy masz astmę?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Czy masz cukrzycę, która wymaga podawania insuliny?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Czy masz problemy ze wzrokiem?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Czy masz problemy ze słuchem?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Czy masz zaburzenia związane z krwawieniem?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Czy kiedykolwiek lekarz ograniczył ci możliwość uprawiania sportu?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Czy masz epilepsję lub inne zaburzenia napadowe?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Czy masz anemię sierpowatą?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie

Czy kiedykolwiek miałeś wstrząśnienie mózgu?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	Jeśli tak, podaj ile razy w życiu: _____ Data ostatniego (mm/rrrr): _____
Czy masz zaburzenia behawioralne, zdrowia psychicznego i/lub zmysłów?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	Jeśli tak, określ jakie:
Czy masz silne alergię, które mogą wymagać użycia adrenaliny (EpiPen)?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	Jeśli tak określ jakie: <input type="checkbox"/> Ukąszenia owadów <input type="checkbox"/> Leki <input type="checkbox"/> Pokarm <input type="checkbox"/> Lateks <input type="checkbox"/> Inne (określ jakie): _____

**Leki i inne - wymień:**

Czy zażywasz jakieś leki (na receptę lub nie) lub suplementy? (Włączając tabletki antykoncepcyjne, insulina, multiwitaminowe antyalergiczne zastrzyki lub tabletki, EpiPen (adrenalina), inhalatory przeciw astmie, leki dla epileptyków, leki przeciwzapalne, różne suplementy itp.)

Tak       Nie

**Jeśli tak, wymień :**

Nazwa leku, witaminy lub suplementu	Dawka	Ile razy dziennie

Nazwa leku, witaminy lub suplementu	Dawka	Ile razy dziennie

**TYLKO W POLSKIEJ WERSJI FORMULARZA**

Czy masz uczulenie na ryby?	Tak <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>	Czy masz uczulenie na skorupiaki?	Tak <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Czy masz uczulenie na orzechy?	Tak <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>	Jeśli tak, opisz dokładniej:		
Czy masz nietolerancję glutenu?	Tak <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>	Czy masz nietolerancję laktozy?	Tak <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Dieta halal?	Tak <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>	Dieta koszerna?	Tak <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Dieta wegańska?	Tak <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>	Dieta wegetariańska?	Tak <input type="radio"/>	Nie <input type="radio"/>
Inne wymagania co do diety?					

Dzisiejsza data (dd/mm/rrrr): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Imię, Nazwisko i telefon osoby wypełniającej formularz: \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_

Podpis osoby wypełniającej formularz \_\_\_\_\_  
(podpisać w tym samym miejscu w wersji angielskiej formularza !)

Związek z zawodnikiem:     Rodzic                       Opiekun                       Członek rodziny                       Lekarz/pielęgniarka                       Trener                       Inny

## Sekcja 2: Dotyczy Igrzysk i imprez dłuższych niż jeden dzień

### BADANIE MEDYCZNE - wypełnia lekarz.

Wypełnia lekarz lub osoba posiadająca uprawnienia do przeprowadzania badań medycznych i przepisywania leków. **Jeśli jest taka potrzeba proszę opisać wszystko co powinny wiedzieć Olimpiady Specjalne o zawodniku na dodatkowych stronach.**

Imię i nazwisko zawodnika: \_\_\_\_\_ Data urodzenia (dd/mm/rrrr): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Wzrost (cm)	Waga (kg)	Obwód w pasie (cm)	Temperatura (°C)	Tętno (bpm)	O2Sat (%)	Ciśnienie krwi (mmHG)		Wzrok (z 20)	
						skurczowe	rozkurczowe	lewe	prawe

Czy zawodnik wykazuje jedno z poniższych?										
Nadciśnienie	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie				Celiakia	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem	
Choroba nerek	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem	Osteoporoza			<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem	
Anemia	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem	Nie mówi			<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie		

Czy ktoś z krewnych zmarł na serce lub w wyniku nagłej śmierci przed wiekiem 50 lat?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
Czy zawodnik urodził się bez nerki, oka, jądra albo innego organu?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie

Przebyte operacje?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem	Jeśli tak, wymień wszystkie:
Czy zawodnik miał kiedykolwiek nieprawidłowy Elektrokardiogram lub Echokardiogram?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem	Jeśli tak, opisz:
Przebyte złamania kości lub zwichnięcia stawów?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem	Jeśli tak, opisz::
Czy zawodnik ma chorobę wątroby?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem	Jeśli tak, opisz:
Czy zawodnik ma chore płuca?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem	Jeśli tak, opisz:
Czy zawodnik ma chore serce?	<input type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie	<input type="radio"/> Nie wiem	Jeśli tak, opisz:

Medyczne			
Oczy, uczy, nos i gardło: włączając źrenice, słuch	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Serce: włączając szmery (pozycja pionowa, pozycja leżąca i próba Valsalvy)	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Płuca	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Jama brzuszna	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Skóra: HSV, MRSA lub grzybica ciała	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Neurologiczne	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Mięśniowo - szkieletowe			
Szyja	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Plecy	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Ramiona	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Łokieć i przedramię	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Nadgarstek, ręka i palce	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Biodra i uda	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Kolana	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Goleń i kostka	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:
Stopy i palce	<input type="radio"/> w normie	<input type="radio"/> nieprawidłowe	orzeczenie:

Imię i nazwisko zawodnika \_\_\_\_\_

### BADANIE MEDYCZNE - wypełnia lekarz.

#### ! TYLKO W POLSKIEJ WERSJI FORMULARZA !

Zawodnik może uczestniczyć w zajęciach rekreacyjnych w środowisku wodnym  Tak  Nie  
(jeśli są ograniczenia należy je wpisać poniżej).

OGRANICZENIA w zajęciach w środowisku wodnym \_\_\_\_\_

#### Ważna informacja dla lekarza wypełniającego formularz !

W wersji angielskiej formularza znajdują się sformułowania o dopuszczeniu do uprawiania wszystkich dyscyplin sportu, które są niezgodne z polskim orzecznictwem. W związku z tym dokonaliśmy stosownych wykreśleń i w wersji angielskiej zostanie tam ręcznie dopisana nazwa dyscypliny zgodnie z tym co zostanie wpisane na formularzu polskim. Oczywiście lekarz może dokonać samodzielnie wpisu na wersji angielskiej formularza zgodnie z nazwami dyscyplin podanymi na końcu strony.

#### Medyczna ocena zdolności zawodnika do udziału w Igrzyskach w części SPORTOWEJ (WYPEŁNIA LEKARZ !!!)

Lekarze: Zaleca się aby badający zapoznał się z historią medyczną zawodnika razem z opiekunem przed badaniem. Jeśli zawodnik wymaga dalszych badań, proszę wpisać to poniżej. Po wykonaniu dodatkowo zleconych badań, lekarz specjalista musi wypełnić dodatkowo oświadczenie poniżej.

- Zdolny do uprawiania (wpisz dyscyplinę\*) ..... bez ograniczeń
- Zdolny do uprawiania (wpisz dyscyplinę\*) ..... bez ograniczeń z zaleceniem dalszej kontroli: \_\_\_\_\_
- Warunkowo**/ nie zdolny do uprawiania sportu, wymagana konsultacja (aby dopuścić do udziału w Igrzyskach): \_\_\_\_\_
- Nie zdolny do uprawiania następujących dyscyplin: \_\_\_\_\_
- Nie zdolny do uprawiania jakiegokolwiek sportu

Przebadatem wyżej wymienionego zawodnika i wypełniłem medyczną ocenę zdolności zawodnika do udziału w Igrzyskach. Zawodnik nie ma widocznych przeciwwskazań klinicznych do treningów i udziału w zawodach w dyscyplinach wymienionych w tym formularzu. Jeśli po dopuszczeniu zawodnika do udziału w zawodach pojawią się problemy, lekarz może unieważnić medyczną ocenę zdolności zawodnika do czasu rozwiązania problemu i pełnego wyjaśnienia potencjalnych konsekwencji zawodnikowi (oraz rodzicom lub opiekunom).

Imię i nazwisko (czytelnie): \_\_\_\_\_

Data (dd/mm/rrrr): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Pieczęć (z czytelnym numerem PWZ): \_\_\_\_\_

Prosimy o wypełnienie szarych pól w tym samym miejscu w wersji angielskiej formularza

#### \*Prawidłowe nazwy dyscyplin Światowych Zimowych Igrzysk Olimpiad Specjalnych - Włochy 2025

(wpisz jedną spośród tych dyscyplin, w której zawodnik będzie startował w Igrzyskach we Włoszech)

Narciarstwo alpejskie - alpine skiing

Narciarstwo biegowe - cross country skiing

Bieg na raketach śnieżnych - snowshoeing

Łyżwiarstwo szybkie - short track speed skating

Unihokej - floorball