

## Dotazník sportovce ke zjištění potenciálně zjištěných nemocí srdce s vysokým rizikem náhlé srdeční smrti\*

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

### Osobní anamnéza sportovce:

<b>Vzor vyplnění (zatržení):</b> <b>Zakroužkujte správnou odpověď</b>	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Bylo Vám někdy mdlo nebo jste měl krátkodobou ztrátu vědomí při cvičení?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy svírání na hrudi?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Vyvolalo běhání někdy svírání na hrudi?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy svírání na hrudi, kašel, sípání, které Vám znesnadňovalo sportovní výkon?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl jste někdy léčen nebo hospitalizován pro astma?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy záchvat?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že máte epilepsii?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, abyste zanechal sportu kvůli zdravotním problémům?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že máte vysoký krevní tlak?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že máte vysoký cholesterol?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Máte problémy s dýcháním nebo kašlete při nebo po sportovní činnosti?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy závrať při a nebo po cvičení?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy bolest na hrudi při a nebo po cvičení?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Máte nebo měl jste někdy rychlé bušení srdce nebo přeskokování srdce?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Unavíte se rychleji než Vaší přátele při cvičení?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že máte srdeční šelest?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že máte srdeční arytmií?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy nějaký jiný srdeční problém?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste těžkou virovou infekci (například myokarditidu nebo mononukleózu) v posledních měsících?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že jste měl revmatickou horečku?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Máte nějakou alergii?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Užíváte nyní nějaké léky?	ANO	NE
Užíval jste soustavně nějaké léky v posledních dvou letech?	ANO	NE

### Rodinná anamnéza sportovce:

Měl někdo ve Vaší rodině (sourozenci, rodiče, prarodiče) ve věku pod 50 let následující problémy:

<b>Vzor vyplnění (zatržení):</b>	<b>Zakroužkujte správnou odpověď</b>	
	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl léčen na opakované mdloby?	ANO	NE
Měl nevysvětlitelné záchvatové problémy?	ANO	NE
Netopil se někdy při plávaní z nevysvětlitelných příčin?	ANO	NE
Neměl nevysvětlitelnou autonehodu?	ANO	NE
Neměl srdeční transplantaci?	ANO	NE
Zemřel náhle a neočekávaně?	ANO	NE
Neměl implantovaný pacemaker (kardiostimulátor) nebo defibrilátor (ICD)?	ANO	NE
Byl léčen pro nepravidelné srdeční bušení?	ANO	NE
Měl srdeční operace?	ANO	NE
Zažil někdo z Vaší rodiny náhlou srdeční smrt dítěte (smrt v postýlce)?	ANO	NE
Říkal někdo někomu z Vaší rodiny, že máte Marfanův syndrom?	ANO	NE

\*podle Lausanského protokolu MOV z r. 2004

V případě, že jste na některou z výše uvedených otázek odpověděl kladně (**ANO**), upozorněte svého tělovýchovného lékaře.

Dotazník by měl být zodpovězen alespoň každý druhý rok u všech sportovců na začátku soutěžní činnosti.

Datum:	<b>Podpis pacienta(ky) nebo zákonného zástupce (opatrovníka)</b>