

البيانات الديموغرافية والشخصية

إسم العائلة: الاسم الأول:

العنوان

البلد:

الشارع: المدينة: المنطقة: الرمز البريدي:

تاريخ الميلاد:

اليوم الشهر السنة الجنس: ذكر أنثى

ما هو بلد/مدينة منشأ جذور العائلة؟ رقم الهوية الوطنية للاعب

هاتف المنزل: الجوال: إيميل:

أرقام الاتصال في حالات الطوارئ:

الاسم: العلاقة: رقم الهاتف:

الاسم: العلاقة: رقم الهاتف:

تأمين الرعاية الصحية:

اسم الشركة: اسم طبيب العائلة: هاتف طبيب العائلة:

المعلومات المرجعية - تتعلق الأسئلة التالية بالمعلومات الخاصة بجانبكم الشخصي

ما هي الرياضة الرئيسية التي تمارسها؟ (الرياضة، الحدث/ المركز):

هل شاركت في رياضات أخرى في الماضي؟ (الرياضات التنافسية والترويحية): نعم لا

ما هو التاريخ لآخر فحص طبي سريري؟

هل سبق أن أخفقت في اجتياز أحد الفحوصات الطبية الخاصة بالمشاركات لما قبل المنافسات الرياضية، أو هل قام طبيبك بإيقافك عن المشاركة في الرياضة لأي سبب؟ نعم لا

كم إجمالي عدد أيام تغيبك عن التمرين أو المنافسة في العام الماضي بسبب الإصابة أو المرض؟

أشرح الأسباب:

القلب: - هل سبق لك أن واجهت أي من المشاكل التالية المتعلقة بالقلب أو الدورة الدموية؟

- منع سابق لممارسة الرياضة؟ نعم لا
- طلب سابق من الطبيب لإجراء أحد اختبارات القلب؟ نعم لا
- وفاة مفاجئة قبل سن ٥٠ سنة بسبب مرض قلبي لأحد الأقارب أو أكثر؟ نعم لا
- إعاقة بسبب مرض قلبي لأحد الأقارب القريبين لمن هم بعمر ٥٠ سنة أو أقل؟ نعم لا
- تضخم عضلة القلب، متلازمة QT بقراءة تخطيط القلب، اضطرابات أخرى في كهربائية القلب، متلازمة مارفان، اختلال اكلينيكي مؤثر لنبضات القلب، مرض جيني وراثي بالقلب معروف لدى العائلة
- نعم لا
- ألم في الصدر أو عدم الراحة أو الشعور بالضيق أو الضغط عند التمرين؟ نعم لا
- ألم في الصدر أو عدم الراحة أو الشعور بالضيق أو الضغط عند التمرين؟ نعم لا
- ضيق التنفس المفرط أو غير المبرر أو الدوار أو التعب أثناء ممارسة الرياضة؟ نعم لا
- هل تشعر بمزيد من التعب أو تصاب بضيق في التنفس على نحو أسرع من أصدقائك أثناء ممارسة الرياضة؟ نعم لا
- هل أصبت بخفقان في القلب أو عدم انتظام ضربات القلب أثناء التمرين؟ نعم لا
- هل أجريت أي فحوصات على قلبك (على سبيل المثال تخطيط القلب الكهربائي أو أشعة صوتية القلب)؟ نعم لا

أشرح...

الحرارة: - تختص الأسئلة التالية بممارسة الرياضة في الجو الحار-

- هل سبق وان اصبت بإعياء أثناء ممارسة الرياضة في الحرارة؟ نعم لا
- هل سبق وتم تشخيص حالتك بالإرهاق الحراري أو أصبت بضربة شمس أو متلازمة ارتفاع درجة الحرارة؟ نعم لا
- هل تصاب بتشنجات عضلية متكررة أثناء ممارسة الرياضة؟ نعم لا
- هل سبق وأصبت باعتلال توازن املاح الجسم؟ نعم لا
- هل سبق وأصبت بالتهاب الشعب الهوائية أو الالتهاب الرئوي أو السل أو مرض التليف الكيسي أو غيرها من مشاكل التنفس؟ نعم لا

أشرح...

التنفس: - هل تعاني أو سبق أن واجهت أي من المشاكل التالية في الجهاز التنفسي؟

- لا الربو أو حساسية الصدر؟ نعم
- لا هل سبق لك أن استخدمت أدوية حساسية الصدر (مثل بخاخ الصدر)؟ نعم
- لا هل تعاني من أي من الأعراض التالية: الأزيز (صغير) عند التنفس أو كحة أو تجمع البلغم أسفل الحلق أو حساسية الأنف أو مشاكل جيوب الأنف أو العوارض المتكررة المشابهة للإنفلونزا؟ نعم
- لا هل تصاب بالكحة أو الأزيز (صغير) أو تواجه صعوبة في التنفس على نحو متزايد أثناء أو بعد التمرين؟ نعم
- لا هل سبق وأصبحت بالتهاب الشعب الهوائية أو الالتهاب الرئوي أو السل أو مرض التليف الكيسي أو غيرها من مشاكل التنفس؟ نعم

أشرح...

المعلومات الطبية:

- لا هل أنت مصاب بأي حالة طبية أو مرض حالياً؟ نعم
- هل تعاني، أو عانيت في أي وقت مضى من أي أعراض أو مشاكل صحية مثل:
لا عدوى كريات الدم البيضاء الأحادية أو الأعراض المشابهة للإنفلونزا أو التهاب فيروسي خلال الشهر الماضي؟ نعم
- لا أمراض الأذن (الالتهابات، وفقدان السمع، والألم)، والأنف (العطاس، وحكة في الأنف، والتهاب الجيوب الأنفية، وانسداد الأنف)، الحلق (التهاب الحلق، وبحة في الصوت أو تضخم الغدد في الرقبة)؟ نعم
- لا اضطرابات الدم مثل فقر الدم أو انخفاض مستوى الحديد أو مصاب بفقر الدم المنجلي أو مرض كريات الدم الحمراء المنجلي أو نزيف غير طبيعي أو اضطراب تخثر الدم أو جلطة دموية (جلطة)، أو غيرها من اضطرابات الدم؟ نعم
- لا الجهاز المناعي بما في ذلك الالتهابات الحالية والالتهابات المتكررة وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وسرطان الدم أو تستخدم أي دواء مثبط للمناعة؟ نعم
- لا المشاكل الجلدية مثل الطفح الجلدي والعدوى (الفطريات، والهربس، والعنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين) أو مشاكل الجلد الأخرى؟ نعم
- لا أمراض الكلى أو المثانة أو وجود دم في البول أو مغض كلوي وحصى الكلى وكثرة التبول أو الشعور بحرقان أثناء التبول؟ نعم
- لا أمراض الجهاز الهضمي مثل حرقة المعدة والغثيان والتقيؤ وآلام البطن وفقدان أو اكتساب الوزن (> ٥ كغ خلال آخر ٦ شهور) وتغيير عادات التغوط والإسهال المزمن أو وجود الدم في البراز أو أي امراض سابقة من أمراض الكبد أو البنكرياس أو المرارة؟ نعم

- لا نعم الجهاز العصبي اضافة لأي امراض سابقة أو سكتة دماغية أو سكتة دماغية عابرة والصداع المتكرر أو الشديدي والدوخة والإغماءات والصرع والاكنتاب ونوبات القلق وضعف العضلات والشعور بوخز في الأعصاب وفقدان الإحساس أو التشنجات العضلية أو التعب المزمن؟
- لا نعم الامراض الأيضية أو هرمونية بما في ذلك مرض السكري واضطرابات الغدة الدرقية أو نقص السكر في الدم (انخفاض نسبة السكر في الدم)؟
- لا نعم الالتهابات مثل التهاب السحايا والتهاب الكبد أو الإصابة بجذري الماء (عنقز)؟
- لا نعم التهاب أو آلام المفاصل أو الإصابة بتورم واحمرار بشكل غير متعلق بالإصابة؟
- لا نعم هل ولدت دون عيين أو تفتقد لأي عضو آخر؟
- لا نعم إصابة بأي من الأعضاء الداخلية مثل الكبد أو الكلى أو الرئة؟
- لا نعم هل خضعت لأي تدخل جراحي سابقاً؟

أشرح...

- لا نعم هل تصاب بدوار الحركة (دوار السيارة أو الجو أو البحر)؟
- لا نعم هل تعاني من أي مشاكل طبية أخرى؟

أشرح...

العائلة:

- لا نعم هل لدى أي من أفراد عائلتك تاريخ مرضي بأي من الحالات التالية (في الأقارب الذكور الأقل من ٥٥ سنة، الأقارب الإناث الأقل من ٦٥ سنة):
- لا نعم الموت المفاجئ بدون سبب واضح (بما في ذلك الغرق، أو التعرض لحادث سيارة غير مفسر، أو الإصابة بمتلازمة موت الرضع المفاجئ)؟
- لا نعم الإغماء الغير مبرر، أو نوبات الصرع، أو كانت على وشك الغرق؟
- لا نعم مشاكل القلب الأخرى بما في ذلك عدم انتظام ضربات القلب أو ضخامة القلب أو اعتلال عضلة القلب أو إجراء جراحة بالقلب أو تركيب منظم ضربات القلب أو مزيل الرجفان (جهاز صاعق)؟
- لا نعم ارتفاع ضغط الدم أو ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم؟
- لا نعم الإصابة بمتلازمة مارفان؟

- الإصابة باضطراب تخثر الدم أو حامل او مصاب بأمراض الدم المنجلية؟ نعم لا
- السل أو التهاب الكبد؟ نعم لا
- حدوث رد فعل أو مشاكل جراء استخدام التخدير؟ نعم لا
- سكتة دماغية، مرض السكري، السرطان، التهاب المفاصل (صِف)؟ نعم لا
- هل أنت غير متأكد من تاريخ عائلتك الطبي؟ نعم لا

أشرح...

الأدوية: - تختص الأسئلة التالية بالأدوية والمكملات التي تتناولها حالياً، أو التي قد تناولتها خلال الشهر الماضي -

- الأدوية التي تم وصفها من قبل الطبيب (وتشمل الأنسولين، وحقن أو حبوب الحساسية والحبوب المنومة والأدوية المضادة للالتهابات وما إلى ذلك)؟ نعم لا
- الفيتامينات أو المكملات الغذائية أو الأدوية العشبية؟ نعم لا
- الأدوية التي تناولتها بدون وصفة طبية (وتشمل مسكنات الألم، والحبوب المضادة للالتهابات، وما إلى ذلك)؟ نعم لا
- مادة أخرى لتحسين الأداء الرياضي الخاص بك (وتشمل مواد مثل الكرياتين ومنتجات زيادة الوزن، والأحماض الأمينية، وما إلى ذلك)؟ نعم لا
- هل سبق وأن عُرِض عليك أو شُجعت على استخدام المواد أو الأدوية المنشطة المحظورة لتعزيز الأداء؟ نعم لا
- هل سبق لك تعاطي الكحول، الحشيش، الكيبتاجون، التبغ؟ نعم لا

شرح...

الحساسية: - هل لديك أي حساسية تجاه:

- أدوية؟ نعم لا
- أي شيء آخر، مثل الأطعمة، أو حبوب اللقاح، أو قرصات الحشرات، أو أي مواد نباتية أو حيوانية؟ نعم لا

شرح...

التطعيمات: - حدد مما يلي التطعيمات التي أخذتها:

- لا نعم كوزاس / دفتيريا (Td / Tdap)؛ آخر حقنة؟
- لا نعم الحصبة / النكاف / الحصبة الألمانية (حقتين)؟
- لا نعم جدري الماء (عنقز)؟
- لا نعم التهاب السحايا؟
- لا نعم التهاب الكبد أ (تطعيمتين)؟
- لا نعم التهاب الكبد ب (٣ تطعيمات)؟
- لا نعم الملاريا؟
- لا نعم هل خضعت لاختبار السل الجلدي؟ النتيجة؟
- لا نعم هل خضعت لأي تطعيمات أخرى؟ اشرح:

شرح...

الإناث: - هذه الأسئلة مخصصة للإناث فقط:

- لا نعم هل بدأت الدورة الشهرية؟
- كم كان عمركِ اثناء أول دورة شهرية؟
- لا نعم هل دورتكِ الشهرية منتظمة؟
- كم عدد مرات الدورة الشهرية التي حدثت لكِ خلال العام الماضي؟
- متى كانت آخر دورة شهرية لكِ؟
- لا نعم هل تعرضتِ لأي كسر إجهادي في الماضي؟
- لا نعم هل سبق وتم تشخيص حالتكِ بأنكِ مصابة بأي مشكلة في عظامكِ مثل انخفاض كثافة العظام (هشاشة العظام أو انخفاض كثافة العظم)؟
- لا نعم هل تتناولين حالياً أي هرمونات أنثوية (مثل، هرمون الاستروجين والبروجسترون وحبوب منع الحمل)؟

هل أنت حامل؟ نعم لا منذ متى

هل سبق أن استخدمت حبوب هرمونية لتأخير/تثبيط الدورة أثناء منافسات مهمة؟ نعم لا

شرح...

الذكور: - هذه الأسئلة مخصصة للذكور فقط:

هل تمتلك خصيتين طبيعيتين؟ نعم لا

هل سبق وأصبت بفتق أو تورم حول الخصية (دوالي الخصية، كيس مائي)؟ نعم لا

هل سبق وتعرضت للإصابة في الخصية؟ نعم لا

هل سبق وأجريت أي عملية جراحية في الخصية؟ نعم لا

هل سبق وأصبت بأحد الأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي مثل السيلان أو الزهري أو الثآليل التناسلية أو الكلاميديا أو عدوى أخرى؟ نعم لا

شرح...

الرأس والرقبة: -- هل سبق أن واجهت أي من المشاكل التالية المتعلقة برأسك أو عنقك؟

إصابة العين، أو مشاكل في البصر؟ نعم لا

الصداع المصاحب لممارسة التمارين الرياضية؟ نعم لا

هل شعرت في أي وقت مضى بالخدر أو الوخز أو الضعف في ذراعيك وساقيك أو لم تتمكن من تحريك ذراعيك أو ساقيك بعد التعرض للضرب أو السقوط؟ نعم لا

هل شعرت في أي وقت مضى بالخدر أو الوخز أو الضعف في ذراعيك وساقيك أو لم تتمكن من تحريك ذراعيك أو ساقيك بعد التعرض للضرب أو السقوط؟ نعم لا

هل أجريت تصوير الأشعة السينية نتيجة وجود عدم استقرار بين فقرات الرقبة؟ نعم لا

هل تعرضت لأصابة بأسنانك؟ نعم لا

هل لديك أسنان متسوسة أو مفقودة أو محشوة؟ نعم لا

هل قمت بتركيب جهاز أو طقم أسنان؟ نعم لا

هل قمت بإزالة ضروس العقل؟ نعم لا

شرح...

الأدوات:

- هل ترتدي النظارات أو العدسات اللاصقة؟ نعم لا
- هل تستخدم النظارات الواقية؟ نعم لا
- هل تستخدم حالياً أي من معدات الحماية التالية؟ معدات خاصة (وسائد، أو دعائم، وما إلى ذلك)؟ نعم لا
- هل تستخدم واقي الفم للرياضة؟ نعم لا

إذا كنت ترتدي خوذة للرياضة، متى اقتنيتها؟

شرح...

الإصابات:

- هل سبق وأن أصبت بجروح في وجهك أو رأسك أو جمجمتك أو دماغك (بما في ذلك الارتجاج أو الارتباك أو فقدان الذاكرة أو الصداع نتيجة تلقك لضربة على رأسك أو الإصابة بالرأس)؟ نعم لا

هل تعرضت لمشكلة أو إصابة مثل التواء أو تمزق العضلات أو الأربطة أو التهاب الأوتار أو كسر بالعظام أو كسر إجهادي أو إصابة بالمفصل (التي تسببت في غيابك عن التمرين/المنافسة لأكثر من ٤ أسابيع) بأي جزء من أجزاء جسمك التالية:

- الرقبة أو العمود الفقري (بما في ذلك حادث سيارة) نعم لا
- الرقبة أو العمود الفقري (بما في ذلك حادث سيارة) نعم لا
- أعلى الظهر (العمود الفقري الصدري) نعم لا
- أسفل الظهر (العمود الفقري القطني) نعم لا
- الصدر والضلوع نعم لا
- منطقة الكتف (بما في ذلك الترقوة) نعم لا
- الذراع العلوية (الععضد) نعم لا
- الكوع نعم لا
- الذراع السفلى (الساعد) نعم لا
- المعصم نعم لا
- اليد أو الأصابع نعم لا
- الحوض أو المنطقة الأربية أو الورك (بما في ذلك الفتق) نعم لا
- الفخذ (بما في ذلك عضلات الفخذ الأمامية والخلفية) نعم لا

- الركبة نعم لا
- الساق (ربلة الساق أو قصبه الساق) نعم لا
- الكاحل نعم لا
- القدم أو الكعب أو أصابع القدم نعم لا

شرح ...

بيانات أخرى:

- الفحوصات - هل أجريت أي فحوصات أخرى، لم تذكر أعلاه، لأي إصابة أو حالة بما في ذلك اختبارات الدم، أو الأشعة السينية، أو التصوير بالرنين المغناطيسي، أو الأشعة المقطعية، أو التصوير النووي للعظام، أو الموجات فوق الصوتية، أو الرسم الكهربائي للدماغ، أو مخطط كهربائية العضل، أو فحوصات التوصيل العصبي، أو اجراء اختبار الاجهاد القلبي أو غيرها من الاختبارات؟
- نعم لا

- العلاج - إذا لم يكن قد سبق ما ذكر أعلاه، هل سبق وأن تلقيت أي من العلاجات التالية لأي حالة؟

- عملية جراحية نعم لا
- هل وصف لك استخدام أي من التالي: الدعامات، المعلاق، الجبيرة، حذاء مشي، الأجهزة التعويضية أو العكازات أو الأجهزة الأخرى؟
- حقن الكورتيزون؟ نعم لا
- هل خضعت لأي نوع من أنواع إعادة التأهيل أو العلاج الأخرى؟ نعم لا
- هل سبق وأن قضيت ليلة في المستشفى أو تم إدخالك إلى المستشفى كمريض تنويم أو عيادات خارجية؟
- هل تم إحالتك إلى أخصائي طبي: القلب، الأعصاب أو أي مسئول طبي آخر لأي حالة لم يسبق ذكرها؟

شرح ...

التغذية؟ - الأسئلة التالية تتعلق بالتغذية:

- هل تقلق بشأن وزنك أو تكوينك الجسماني؟ نعم لا
- هل أنت راض عن نمط الأكل الخاص بك؟ نعم لا
- هل أنت نباتي؟ نعم لا
- هل تفقد الوزن لتلبية متطلبات وزن الرياضة الخاصة بك؟ نعم لا

- هل يؤثر وزنك على الطريقة التي تشعر بها عن نفسك؟ نعم لا
- هل تقلق أنك فقدت السيطرة على مقدار ما تأكله؟ نعم لا
- هل تتعمد التقيأ عند الإسراف في تناول الطعام؟ نعم لا
- هل تأكل في السر؟ نعم لا
- هل تعاني حالياً أو هل سبق لك أن عانيت في الماضي من اضطرابات الاكل والشهية في تناول الطعام؟ نعم لا

شرح ...

للمناقشة:

- هل لديك أي مخاوف أخرى ترغب في مناقشتها مع الطبيب؟ نعم لا

إذا كانت الاجابة نعم أشرح هنا:

فحوصات الدم (يتم عملها قبل الخضوع للفحص الاكلينيكي)

Name	Result	Normal Range	Note
Haemoglobin			
Haematocrit			
Erythrocytes			
Thrombocytes			
Leukocytes			
Ferritin			
Sodium			
Potassium			
Creatinine			
Cholesterol (total)			
LDL Cholesterol			
HDL Cholesterol			
Triglycerides			
Glucose			
C-reactive Protein			

- أصرح بموجبه أنه على حد علمي، فإن إجاباتي على الأسئلة المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة.

توقيع الرياضي:

توقيع الوالدين أو الممثل القانوني (عند الحاجة):

التاريخ:

PHYSICAL EXAMINATION

** تعباً من قبل ممارسة صحي مصرح فقط. **

Surname:

Name:

Gender: Male:

Female:

Age:

Athlete National ID No.

Date:

Height: (cm)

Weight: (kg)

Blood Type:

MEDICAL HISTORY:

Medical information	Normal	Abnormal (specify)
Appearance		
Eyes/ears/nose/throat		
Hearing		
Lymph nodes\Thyroid gland\Spleen		
Lungs (percussion, breath sound)		
Abdomen		
Genitourinary (males only)		
Skin		

HEART	Normal	Abnormal (specify)
Rhythm		
Heart sounds / murmurs in supine and standing		
Peripheral oedema		
Physical stigmata of Marfan's syndrome		

BLOOD VESSELS	Normal	Abnormal (specify)
Peripheral pulses		
Delay in femoral pulses		
Vascular bruits (femoral)		
Varicose veins		
Jugular veins ($^{\circ}45$ position)		
Hepato-jugular reflux		

EYES	Normal	Abnormal (specify)
visual acuity (corrected/uncorrected)		
equal pupils		

BLOOD PRESSURE FROM SITTING POSITION (after 5 minutes rest)	Normal	Abnormal (specify)
Right arm:		
Left arm:		
Heart rate:		

INVESTIGATIONS 12 LEAD ECG	Details - Please attach ECG test copy
Normal / no changes	
Left arm:	
Common and training-related ECG changes	
Uncommon training-unrelated ECG changes	

MUSCULOSKELETAL SYS.	Normal	Abnormal (specify)	Flexibility		Current complain\pain	Operation (side & year)
			Rt.	Lt.		
Neck						
Spine \ Back						
Shoulder						
Arm						
Elbow						
Forearm						
Wrist						
Hand/fingers						
Pelvic						
Groin\Buttock						
Thigh Ant.						
Thigh Post.						
Thigh Add.						
Thigh Abd						
Knee						
Leg						
Ankle						
Foot						
Toes						
Hernia						

* SPECIAL TESTS *

Lachman test: Normal / + / ++ / +++	Ant. drawer sign (@ °90 flex): Normal / + / ++ / +++	Post. drawer sign (@ °90 flex): Normal / + / ++ / +++
Distance fingertips to floor cm	Valgus stress (Ext.): Normal / + / ++ / +++	Valgus stress (@°30 flex.): Normal / + / ++ / +++
Dominant Leg: Hand:	Varus stress (Ext.): Normal / + / ++ / +++	Varus stress (@°30 flex.): Normal / + / ++ / +++

DENTAL

DMF Index = Number of decayed, missing or filled teeth:

Oral Hygiene assessment: Good Fair Poor

Visible Oral Infection: Yes No

Presence of Worn, Broken or Loose/Mobile teeth: Yes No

Dental appliances (bridge, plate, etc.) Yes No

Notes

نتائج التقييم السريري

نعم لا

س ١: لا يظهر الرياضي موانع سريرية واضحة
لممارسة الرياضة/ات التنافسية التالية (حدد):

إذا كان الجواب على س ١ هو «لا»، فمن المستحسن أن يقوم الرياضي: بتجنب المشاركة:

أثناء المنافسة: نعم لا شرح:

أثناء التدريب: نعم لا حدد:

خلال المنافسة: نعم لا حدد:

أن يخضع لمزيد من الفحوصات: حدد:

بيانات التواصل مع المعالج الأول:

الاسم: العنوان:

رقم الهاتف: البريد الإلكتروني:

بيانات التواصل مع المعالج الثاني:

الاسم: العنوان:

رقم الهاتف: البريد الإلكتروني:

ملاحظات:

يمكن إرسال هذا النموذج بعد تعبئته بأي من الطرق التالية:

١ - إرساله مباشرة عن طريق الضغط على زر الإرسال

٢ - حفظه وإرساله إلى البريد الإلكتروني ed@sfsm.org.sa