

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ ΣΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ

(Για να καταστεί δυνατή η συμμετοχή του μαθητή/τριας Γυμνασίου/Λυκείου σε μαθητικούς αγώνες/αθλοπαιδιές είναι αναγκαία: 1) Η συμπλήρωση από τον γονέα/κηδεμόνα των απαραίτητων στοιχείων του Ιατρικού Ιστορικού

2) Η ενυπόγραφη συγκατάθεση του γονέα/κηδεμόνα για να εξεταστεί ο μαθητής/μαθήτρια από Σχολίατρο, να αξιολογηθεί εάν είναι σε θέση να λάβει μέρος και για να συμμετάσχει σε μαθητικούς αγώνες/αθλοπαιδιές.

Εξυπακούεται ότι εάν προκύψει πρόβλημα με την υγεία του/της μαθητή/τριας μετά την συμπλήρωση του εντύπου αυτού, ο/η γονέας/κηδεμόνας θα πρέπει να ενημερώσει την/τον Επισκέπτρια/πτη Υγείας ή τον/την Σχολίατρο του σχολείου στο οποίο φοιτά ο/η μαθητής/τρια.)

Σχολείο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ/ΑΘΛΗΤΡΙΑΣ (Να συμπληρωθεί από γονέα ή κηδεμόνα)

Όνοματεπώνυμο

Ημερομηνία γέννησης Τάξη

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ, ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Όνοματεπώνυμο (Γονέα/Κηδεμόνα)

Αρ. Κινητού

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ (Να συμπληρωθεί από γονέα ή κηδεμόνα)*

		Ναι	Όχι
1	Έχει ασθενήσει ή τραυματιστεί κατά την διάρκεια του τελευταίου χρόνου;		
2	Έχει νοσηλευθεί σαν εσωτερικός ασθενής ή χειρουργήθηκε κατά τον τελευταίο χρόνο;		
3	Κάνει χρήση οποιουδήποτε φαρμάκου;		
4	Έχει οποιοδήποτε ιστορικό αλλεργίας;		
5	Λιποθύμησε ποτέ κατά ή μετά από άσκηση;		
	Ένωσε ποτέ ζαλάδα κατά ή μετά από άσκηση;		
	Ένωσε πόνο στο στήθος κατά ή μετά από άσκηση;		
	Κουράζεται πιο γρήγορα από ότι οι φίλοι του κατά την διάρκεια άσκησης;		
	Σας έχει ποτέ λεχθεί ότι έχει αρρυθμία;		
	Σας έχει ποτέ λεχθεί ότι έχει Υπέρταση (ψηλή πίεση) ή ψηλή χοληστερόλη;		
	Σας έχει ποτέ λεχθεί ότι έχει φύσημα καρδιάς;		
	Υπάρχει κάποιο μέλος της οικογένειας του/της που πέθανε από καρδιακό πρόβλημα ή από αιφνίδιο (ξαφνικό) θάνατο (κάτω των 65 ετών);		
	Πέρασε σοβαρή ίωση κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα;		
	Αρνήθηκε οποιοσδήποτε ιατρός να επιτρέψει τη συμμετοχή σε αθλητικές ασκήσεις λόγω καρδιακού προβλήματος;		

6	Έχει οποιοδήποτε ιστορικό δερματολογικού προβλήματος;		
7	Είχε ποτέ ιστορικό τραυματισμού στο κεφάλι ή διάσειση;		
	Έχασε τις αισθήσεις του/της ή την μνήμη του/της μετά από κτύπημα;		
	Είχε ποτέ σπασμούς επιληψία;		
	Έχει συχνούς ή σοβαρούς πονοκεφάλους;		
	Είχε ποτέ μουδιάσματα στα χέρια ή πόδια;		
8	Ασθένησε ποτέ μετά από άσκηση στον ήλιο;		
9	Έχει βήχα ή δύσπνοια κατά ή μετά από άσκηση;		
	Έχει Βρογχικό Άσθμα;		
	Έχει εποχιακές αλλεργίες που χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή;		
10	Είχε ποτέ προβλήματα με τα μάτια;		
11	Έχει μόνο ένα από τα όργανα που είναι διπλά (π.χ. μάτια, αυτιά, όρχεις, νεφροί);		
12	Χρησιμοποιεί προστατευτικό ή διορθωτικό εξάρτημα εκτός από όσα χρειάζεται για να ασκηθεί (π.χ. ορθοδοντικό, φακοί επαφής, νάρθηκες, ακουστικά βαρηκοΐας);		
13	Έπαθε κατ'επανάληψη ή πρόσφατα διάστρεμμα (στραμπούληγμα) ή πρήξιμο μετά από τραυματισμό;		
	Έπαθε ποτέ κάταγμα οστού ή εξάρθρωση μετά από άσκηση;		
	Είχε άλλα προβλήματα με πόνο ή πρήξιμο στους μυς, τένοντες, ή αρθρώσεις;		
14	Νοιώθει εξαντλημένος τον τελευταίο καιρό;		
15	Είναι κάτω από τη φροντίδα γιατρού για οποιοδήποτε πρόβλημα;		

***Βάλτε σε κύκλο τις ερωτήσεις για τις οποίες δεν γνωρίζετε την απάντηση.**

Μόνο για Κορίτσια

Πότε ήταν η πρώτη της Έμμηνη Ρύση;

Πότε ήταν η τελευταία της Έμμηνη Ρύση;

Υπάρχει κάποια ανωμαλία στην περίοδο της;

Σε περίπτωση που η απάντηση είναι «Ναι», σε οποιαδήποτε από τις πιο πάνω ερωτήσεις, παρακαλώ εξηγήστε.

.....

.....

.....

Βεβαιώ ότι οι απαντήσεις που δόθηκαν από μένα πιο πάνω είναι ορθές και ολοκληρωμένες. Δίνω άδεια στο παιδί μου να πάρει μέρος στους αθλητικούς αγώνες/συναντήσεις και να εξεταστεί/ αξιολογηθεί από Σχολίατρο.

Υπογραφή Γονέα/ Κηδεμόνα

Ημερομηνία