

## Dotazník sportovce

ke zjištění potencionálně zjistitelných nemocí srdce s vysokým rizikem náhlé srdeční smrti

Pacient(ka).....Rodné číslo.....

Trvalé bydliště.....

Jméno zákonného zástupce.....

### Osobní anamnesa:

zakroužkujte správnou odpověď

Bylo vám někdy mdlo nebo jste měl ztrátu vědomí při cvičení? Ano    Ne

Měl jste někdy svírání na hrudi? Ano    Ne

Vyvolalo běhání někdy svírání na hrudi? Ano    Ne

Měl jste někdy svírání na hrudi, kašel, sípání, které vám znesnadilo sport. výkon? Ano    Ne

Byl jste někdy léčen nebo hospitalizován pro asthma? Ano    Ne

Měl jste někdy záchvat? Ano    Ne

Máte nebo měl jste epilepsii? Ano    Ne

Doporučil vám někdo, abyste zanechal sportu kvůli zdravotním obtížím? Ano    Ne

Máte nebo měl jste vysoký tlak? Ano    Ne

Máte nebo měl jste vysoký cholesterol? Ano    Ne

Máte problémy s dýcháním nebo kašlem při sportovní činnosti? Ano    Ne

Měl jste někdy závrať při nebo po cvičení? Ano    Ne

Měl jste někdy bolest při nebo po cvičení? Ano    Ne

Měl jste někdy rychlé bušení srdce nebo přeskokování srdce? Ano    Ne

Unavíte se rychleji při sportu než vaši kolegové? Ano    Ne

Řekl vám někdo někdy, že máte srdeční šelest? Ano    Ne

Řekl vám někdo někdy, že máte srdeční arytmií? Ano    Ne

Měl jste někdy jiný srdeční problém? Ano    Ne

Měl jste těžkou virovou infekci v posledních měsících?(např. myokarditida, inf. mononukleosa) Ano    Ne

Měl jste revmatickou horečku? Ano    Ne

Máte nějakou alergii? Ano    Ne

Užíváte nyní nějaké léky? Ano    Ne

Užíval jste nějaké léky v posledních 2 letech soustavně? Ano    Ne

### Rodinná anamnesa sportovce – rodiče, sourozenci, prarodiče ve věku pod 50 let

Byl léčen na opakované mdloby? Ano    Ne

Měl nevysvětlitelné záchvatové problémy? Ano    Ne

Netopil se někdy při plavání z nevysvětlitelných příčin? Ano    Ne

Neměl nevysvětlitelnou autonehodu? Ano    Ne

Neměl srdeční transplantaci? Ano    Ne

Zemřel náhle a neočekávaně? Ano    Ne

Neměl implantovaný pacemaker nebo defibrilátor? Ano    Ne

Byl léčen pro nepravidelné srdeční bušení? Ano    Ne

Měl srdeční operace? Ano    Ne

Zažil někdo z vaší rodiny náhlou smrt dítěte? Ano    Ne

Má někdo v rodině Marfanův syndrom? Ano    Ne

Datum.....

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce.....