

# Медичний висновок щодо допуску школярів до участі в спортивних заходах — частина 1 (заповняє учень або один з батьків)

Ред.: квітень 2023 р.

## АНАМНЕЗ

(Примітка. Форму заповняє пацієнт й один з батьків / опікун до відвідування лікаря. Один екземпляр зберігається лікарем у медичній картці пацієнта інший направляється лікарем у школу й зберігається в особовій справі учня згідно з вимогами закону «Про права сім'ї на освіту й недоторканість приватного життя» (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA). Відповідно до закону FERPA відомості про стан здоров'я учня, які є в розпорядженні школи, можуть зберігатися в особовій справі школяра.)



Скануйте QR-код, щоб ознайомитися з новими ресурсами.

Ім'я та прізвище: \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_  
 Стать: \_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_ Школа: \_\_\_\_\_ Вид(-и) спорту \_\_\_\_\_

**Ліки й види алергій:** укажіть усі рецептурні й безрецептурні ліки та добавки (рослинні й харчові), які ви зараз приймаєте.

Чи є у вас алергія?  Так  Ні Якщо так, нижче вкажіть на що саме у вас алергія.

Ліки  Пилок  Харчові продукти  Укуси комах

**Як часто протягом останніх двох тижнів вас турбували перераховані нижче проблеми?**

Дайте відповіді за шкалою від 0 до 3, де: 0 = зовсім не турбували; 1 = кілька днів; 2 = більше одного тижня; 3 = майже щодня

Апатія й втрата інтересу до всього:	0	1	2	3	Поганий настрій, депресія або безнадія	0	1	2	3
-------------------------------------	---	---	---	---	--	---	---	---	---

Примітка для лікаря. Якщо школяр набрав 3 або більше балів, слід оцінити його стан за допомогою опитувальника PHQ-9, щоб виявити, чи є у нього депресивний розлад.

Поясніть ствердні відповіді нижче. Обведіть номер запитання, на яке ви не можете відповісти.

ЗАГАЛЬНІ ЗАПИТАННЯ	ТАК	НІ	ЗАПИТАННЯ ПРО ЗАХВОРЮВАННЯ КІСТОК І СУГЛОБІВ, ЯКІ МОЖУТЬ ПРИЗВЕСТИ ДО ОБМЕЖЕННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ.	ТАК	НІ
1. Чи турбує вас щось, про що ви хотіли б поговорити з лікарем?			15. Чи були у вас коли-небудь стресові переломи, травми кісток, м'язів, зв'язок, суглобів чи сухожилів, через які довелося пропускати тренування чи ігри?		
2. Чи говорив вам коли-небудь лікар, що у вас є протипоказання до занять спортом?			16. Чи турбують вас які-небудь проблеми з кістками, м'язами, зв'язками чи суглобами?		
3. Чи хворієте ви зараз і чи хворіли ви останнім часом?			<b>ЗАПИТАННЯ ПРО ТЕПЕРІШНІ Й МИНУЛІ ЗАХВОРЮВАННЯ</b>		
4. Чи була у вас інфекція COVID-19, яка потребувала госпіталізації?			17. Чи бувають у вас напади кашлю, свистячого дихання або задишки під час чи після фізичних навантажень?		
<b>ЗАПИТАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я СЕРЦЯ</b>			18. Чи видаляли вам нирку, око, яечко (у чоловіків), селезінку чи якийсь інший орган?		
5. Чи втрачали ви свідомість або були близькими до цього під час або після фізичних навантажень?			19. Чи відчуваєте ви біль у паху чи яечках? Чи є у вас пахова грижа (болюче випинання)?		
6. Чи відчували ви коли-небудь дискомфорт, біль, стискання чи тиск у грудях?			20. Чи бувають у вас рецидивуючі (такі, що періодично повторюються) висипання на шкірі, у тому числі герпес і метицилін-резистентний золотистий стафілокок?		
7. Чи буває у вас сильне серцебиття, відчуття тріпотіння в грудях або завмирання серця (нерівномірне серцебиття) під час фізичних навантажень?			21. Чи були у вас струс мозку або травми голови, які супроводжувалися сплутаністю свідомості, тривалим головним болем і порушенням пам'яті?		
8. Чи казав вам лікар коли-небудь, що у вас проблеми з серцем? Якщо так, відмітьте всі підходящі варіанти: ___ Високий тиск ___ Шум у серці ___ Високий холестерин ___ Інфекц. захворювання серця ___ Хвороба Касавакі ___ Інше: _____			22. Чи відчували ви коли-небудь оніміння, поколювання, слабкість в руках чи ногах або неспроможність рухати ними після удару чи падіння?		
9. Чи направляє вас лікар коли-небудь на обстеження серця, наприклад на електрокардіографію (ЕКГ) чи ехокардіографію?			23. Чи бувало вам погано після фізичних навантажень у спеку?		
10. Чи відчуваєте ви запаморочення і сильну задишку під час фізичних навантажень?			24. Чи були у вас або у когось із ваших рідних серповидноклітинна анемія чи її ознаки?		
11. Чи були у вас коли-небудь судоми?			25. Чи є і чи були коли-небудь у вас проблеми з очима чи зором?		
<b>ІСТОРІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВАШІЙ СІМ'І (ПРИГАДАЙТЕ ЯКОМОГО БІЛЬШЕ)</b>			<b>ЗАПИТАННЯ ПРО ЕНЕРГОЗАТРАТИ ПІД ЧАС ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ</b>		
12. Чи бували у вашій сім'ї випадки смерті через проблеми із серцем або випадки раптової смерті у віці до 35 років (у тому числі утоплення та незрозумілі ДТП)?			26. Чи турбує вас ваша вага?		
13. Чи є у кого-небудь із ваших рідних такі спадкові хвороби, як гіпертрофічна кардіоміопатія, синдром Марфана, аритмогенна кардіоміопатія правого шлуночка, синдроми подовженого/скороченого інтервалу QT, синдром Бругада чи катехоламінергічна поліморфна шлуночкова тахікардія?			27. Чи намагаєтеся ви / чи рекомендували вам набрати/скинути вагу?		
14. Чи був кому-небудь з ваших рідних встановлений кардіостимулятор чи дефібрилятор, що імплантується, у віці до 35 років?			28. Чи дотримуєтеся ви особливої дієти або уникаєте вживання певних продуктів / цілих груп продуктів?		
			29. Чи були у вас коли-небудь розлади харчової поведінки?		
			30. Чи почалися у вас місячні? (Якщо так, дайте відповіді на наступні запитання.)		
			31. У якому віці у вас була перша менструація? _____		
			32. Коли була остання менструація? _____		
			33. Скільки менструацій у вас було за останні 12 місяців? _____		

Поясніть ствердні відповіді тут: \_\_\_\_\_

Цим я підтверджую, що мої відповіді на вищезазначені запитання є повними та достовірними.

Підпис спортсмена \_\_\_\_\_ Підпис одного з батьків / опікуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Пункт 1(3) розділу 336.479 Кодексу законів штату Орегон (ORS) (ORS 336.479) зі змінами й доповненнями: «Шкільний округ повинен вимагати від учнів 7–12-х класів, які продовжують брати участь у позакласній спортивній діяльності, проходити медичний огляд кожні два роки». Пункт 1(5) «Будь-який медичний огляд на вимогу цього положення повинен проводитися (а) лікарем з необмеженою ліцензією на ведення медичної практики; (б) ліцензованим лікарем-натуропатом; (в) ліцензованим помічником лікаря; (г) сертифікованою практикуючою медсестрою або (д) ліцензованим лікарем-хіропрактиком, що пройшов клінічне навчання і має досвід у виявленні серцево-легеневих захворювань і вад»

Форма підготовлена на основі матеріалів ©2023 Американської академії сімейних лікарів (American Academy of Family Physicians), Американської академії педіатрії (American Academy of Pediatrics), Американської колегії спортивної медицини (American College of Sports Medicine), Американського медичного спілки спортивної медицини (American Medical Society for Sports Medicine), Американської ортопедичної спілки спортивної медицини (American Orthopedic Society for Sports Medicine) і Американської остеопатичної академії спортивної медицини (American Osteopathic Academy of Sports Medicine). Матеріали про психічне здоров'я, підготовлені Управлінням охорони здоров'я штату Орегон (OHA), можна знайти на вебсайті Асоціації шкільних заходів (OSAA) за вказаним вище QR-кодом чи за адресою <https://www.osaa.org/resources>.

# Медичний висновок щодо допуску школярів до участі в спортивних заходах — частина 2 (заповняє лікар)

Ред.: травень 2023 р.

## МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД

(Примітка. Один екземпляр зберігається лікарем у медичній картці пацієнта, інший направляється лікарем у школу й зберігається в особовій справі учня згідно з вимогами закону «Про права сім'ї на освіту й недоторканість приватного життя» (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA). Відповідно до закону FERPA відомості про стан здоров'я учня, які є в розпорядженні школи, можуть зберігатися в особовій справі школяра.)



Скануйте QR-код, щоб ознайомитися з новими ресурсами.

Дата огляду: \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище: \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_

Стать: \_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_ Школа: \_\_\_\_\_ Вид(-и) спорту \_\_\_\_\_

ОГЛЯД		
Зріст	Маса тіла	ІМТ %:
АТ: _____ / _____ ( _____ / _____ )	Пульс: _____	Зір П 20/ _____ Л 20/ _____
Корекція <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ		
ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІ	НОРМА	ВІДХИЛЕННЯ ВІД НОРМИ
Зовнішній вигляд		
Очі/вуха/ніс/горло		
Лімфовузли		
Серце •Шуми (аускультация стоячи, лежачи, з пробєю Вальсальви й без)		
Пульс		
Легені		
Живіт		
Шкіра		
Неврологічний статус		
СКЕЛЕТНО-М'ЯЗОВІ		
Шия		
Спина		
Плече/рука		
Лікоть/передпліччя		
Зап'ястя/кисть/пальці		
Стегно: зовнішня/внутрішня сторона		
Коліно		
Нога/гомількостопний суглоб		
Ступня/пальці ніг		

- Дозволяються всі види спорту без обмежень
- Дозволяються всі види спорту без обмежень з рекомендаціями щодо додаткового обстеження чи лікування:
- Дозвіл не надається
  - Очікується додаткове обстеження
  - Для будь-якого виду спорту
  - Для певного виду спорту: \_\_\_\_\_

Причина: \_\_\_\_\_

Рекомендації: \_\_\_\_\_

Я оглянув(-ла) вищезазначеного учня. Виданий медичний висновок про допуск до участі в спортивних заходах. У спортсмена немає явних клінічних протипоказань щодо занять спортом й участі в зазначених вище видах спорту. Результати медичного огляду зберігаються в моєму офісі й можуть бути передані в школу за запитом батьків. У разі виникнення захворювань після того, як спортсмен отримає дозвіл на участь у спортивних заходах, лікар може скасувати дозвіл до встановлення проблеми й повного роз'яснення потенційних наслідків спортсмену (і його батькам/опікунам). Ця форма є точною копією форми, яку наразі вимагає Рада з питань освіти штату з такими ж запитаннями щодо збору анамнезу й даними медичного огляду. Я також вивчив(-ла) «Рекомендований протокол огляду».

Ім'я та прізвище лікаря (розбірливо) \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Підпис лікаря: \_\_\_\_\_

Пункт 1(3) розділу 336.479 Кодексу законів штату Орегон (ORS) (ORS 336.479) зі змінами й доповненнями: «Шкільний округ повинен вимагати від учнів 7–12-х класів, які продовжують брати участь у позакласній спортивній діяльності, проходити медичний огляд кожні два роки». Пункт 1(5) «Будь-який медичний огляд на вимогу цього положення повинен проводитися (а) лікарем з необмеженою ліцензією на ведення медичної практики; (б) ліцензованим лікарем-натуропатом; (в) ліцензованим помічником лікаря; (г) сертифікованою практикуючою медсестрою або (д) ліцензованим лікарем-хіропрактиком, що пройшов клінічне навчання і має досвід у виявленні серцево-легеневих захворювань і вад»

Форма підготовлена на основі матеріалів ©2023 Американської академії сімейних лікарів (American Academy of Family Physicians), Американської академії педіатрії (American Academy of Pediatrics), Американської колегії спортивної медицини (American College of Sports Medicine), Американського медичного спілки спортивної медицини (American Medical Society for Sports Medicine), Американської ортопедичної спілки спортивної медицини (American Orthopedic Society for Sports Medicine) і Американської остеопатичної академії спортивної медицини (American Osteopathic Academy of Sports Medicine). Матеріали про психічне здоров'я, підготовлені Управлінням охорони здоров'я штату Орегон (ОНА), можна знайти на вебсайті Асоціації шкільних заходів (OSAA) за вказаним вище QR-кодом чи за адресою <https://www.osaa.org/resources>.

# Медичний висновок щодо допуску школярів до участі в спортивних заходах — Рекомендований протокол огляду лікарем

Ред.: травень 2017 р.

## СКЕЛЕТНО-М'ЯЗОВІ

Попросити пацієнта:

1. Стати обличчям до лікаря
2. Подивитися на стелю, на підлогу, через плече, нахилити голову вліво й вправо
3. Знизити плечима (зі спротивом)
4. Відвести плечі на 90 градусів, затримати зі спротивом,
5. Робити кола руками в напрямку назовні
6. Зігнути й розігнути руки в ліктях
7. Руки по швах, лікті зігнути під кутом 90 градусів, згинати й розгинати зап'ястя
8. Розтопирити пальці, зжати кулак
9. Напружити й розслабити квадрицепси
10. «Гусяча хода», 4 кроки від лікаря
11. Стати спиною до лікаря
12. Торкнутися пальців ніг при випрямлених колінах
13. Піднятися на мисках, потім на п'ятках

Для перевірки:

- Акроміально-ключичне зчленування, загальний вигляд  
Діапазон рухів шийного відділу  
Сила трапецієвидних м'язів  
Сила дельтовидних м'язів  
Рухливість плечей  
Рухливість ліктьового суглобу  
Рухливість ліктьового й зап'ястного суглобів  
Рухливість кисті й пальців, деформації  
Симетрія й випіт в колінному/гомількостопному суглобах  
Рухливість кульшового, колінного й гомількостопного суглобів  
Симетрія плечей, сколіоз  
Сколіоз, рухливість кульшового суглобу, підколінні сухожилля

**ОЦІНКА ШУМІВ** — Аускультацию слід виконувати в положенні сидячи, лежачи й навпочіпки в тихій кімнаті, використовуючи діафрагму й голівку стетоскопа.

Дані аускультатії:

1. Перший тон S1 добре прослуховується; не голосистолічний, м'який, низький
2. Другий тон S2 нормальний
3. Немає викиду чи середньо-систолічний клік
4. Тривалий діастолічний шум відсутній
5. Відсутність раннього діастолічного шуму
6. Нормальний пульс на стегновій артерії  
(еквівалентний пульсу на плечовій артерії по силі й часу прибуття пульсової хвилі)

Виключаються:

- ДМШП і мітральна регургітація  
Тетралогія, ДМПП й легенева гіпертензія  
Аортальний стеноз і стеноз легеневої артерії  
Незарощена артеріальна протока  
Недостатність аортального клапана  
Коарктація

**СТРУС МОЗКУ** — Коли спортсмен може повернутися до гри після струсу мозку?

Після струсу мозку спортсмену не слід повертатися до гри чи тренування в той же день. Раніше спортсменам дозволялося повертатися до гри, якщо симптоми проходили протягом 15 хвилин після травми. Дослідження показали, що в юному віці головний мозок відновлюється не настільки швидко, тому законодавством штату Орегон встановлено правило, що гравець не повинен повертатися до гри в день отримання струсу, і перед тим, як він зможе повернутися до гри чи тренувань, йому необхідно отримати дозвіл відповідного кваліфікованого медичного спеціаліста.

**Поступове покорокове повернення до участі в спортивних заходах:** потрібен медичний висновок про допуск згідно з **ORS 336.485, ORS 417.875**.

1. **Тренування з урахуванням діагнозу:** відносний спокій протягом 48–72 годин. Дозволити фізичну й розумову активність малої інтенсивності. Може включати домашнє навчання або скорочене перебування в школі та/або обмежений об'єм домашніх завдань. Поступове повернення. За наявності обмежуючих симптомів починати слід з дуже незначного навантаження.
2. **Легкі аеробні вправи:** ходьба чи велотренажер для тренувань низької та середньої інтенсивності; безконтактні вправи, силові вправи (спротив, обтяження).
3. **Спеціальні спортивні вправи:** біг на короткі дистанції, дриблінг футбольним чи баскетбольним м'ячем; без шолома й захисної екіпіровки, без ризику травми голови.
4. **Безконтактні тренування:** більш складні вправи в повній екіпіровці. Можна почати із силових вправ (спротив, обтяження).

**\*\*Перехід до наступного етапу допускається, коли спортсмен повністю одужав, має дозвіл лікаря й повернувся до повноцінного навчання без обмежень.**

5. **Повноконтактні тренування:** участь у нормальних повноконтактних тренуваннях.
6. **Повернення до змагань без обмежень:** участь в іграх з командою супротивника.

Спортсмен повинен провести не менше одного дня на кожному етапі. При рецидиві клінічних проявів спортсмен зобов'язаний припинити виконувати дії і звернутися до спеціаліста зі спортивної медицини чи іншого медпрацівника. У залежності від типу й тяжкості симптомів спортсмена можуть відправити на відпочинок протягом 24 годин, а потім продовжити відновлення на крок нижче рівня, на якому виникли симптоми. Поступове ускладнення застосовується до усієї діяльності, включаючи спорт та уроки фізкультури.

### Форма 581-021-0041 і протокол проведення медичних оглядів спортсменів

1. Рада з питань освіти штату шляхом посилення приймає форму «Медичний висновок про допуск школярів до участі в спортивних заходах» (ред.: квітень 2023 р.), яку необхідно використовувати для реєстрації даних медичного огляду, і встановлює рамки протоколу для проведення такого медичного огляду. Форму можна використовувати як у друкованому, так і в електронному форматі. Лікарі можуть використовувати свої електронні системи реєстрації медичних даних, щоб відтворити форму в електронному вигляді. Лікарі, що проводять медогляд учнів 7–12-х класів, які беруть участь у позакласній спортивній діяльності, повинні використовувати цю форму.
2. Якщо форма роздрукована з електронної медичної картки, вона повинна містити наступну заяву над стрічкою для підпису лікаря. Ця форма є точною копією форми, яку наразі вимагає Рада з питань освіти штату з такими ж запитаннями щодо збору анамнезу й даними медичного огляду. Я також вивчив(-ла) «Рекомендований протокол огляду».
3. Лікарі, які проводять медогляд після 1 травня 2018 р. включно і до 1 травня 2023 р., повинні використовувати форму від травня 2017 р.
4. Лікарі, які проводять медогляд після 1 травня 2023 р. включно і до 1 травня 2024 р., повинні використовувати форму або від травня 2017 р., або від квітня 2023 р.
5. Лікарі, які проводять медогляд починаючи з 1 травня 2024 р., повинні використовувати форму від квітня 2023 р.

**ПРИМІТКА.** Цю форму можна знайти на вебсайті Асоціації шкільних заходів штату Орегон (Oregon School Activities Association, OSAA) за адресою <https://www.osaa.org/health-safety>.

Юридичне/інше обґрунтування ORS 326.051

Закони, що реалізуються: ORS 336.479