



## Dotazník před sportovními aktivitami

Jméno:

Datum narození:

### A) Rodinná anamnéza: blízcí příbuzní (sourozenci, rodiče, prarodiče, strýcové a tety):

Ano ne

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Zemřel někdo náhle, bez jasné příčiny?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Trpěli nejasnými záchvaty, křečemi nebo neměli opakovaná bezvědomí?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Byli léčeni pro nepravidelné bušení srdce?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prodělal někdo transplantaci srdce, operaci srdce, implantaci kardiostimulátoru nebo kardioverteru (ICD)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Měl někdo z nich nejasnou autonehodu či topení ve vodě?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### B) Osobní anamnéza:

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Měl jsi někdy při cvičení či sportu náhlé bušení srdce, bolesti nebo svírání na hrudi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Měl jsi někdy při cvičení či běhu pocit na omdlení, závrať nebo mdlobu?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pociťoval jsi někdy nepravidelnost, "přeskakování" nebo bušení srdce?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Unavíš se při sportu dříve než ostatní vrstevníci?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Zhorší se ti při sportu dýchání nebo se zhorší kašel?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Užíváš nějaké léky?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Užíváš drogy?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ležel jsi v posledních letech v nemocnici? Důvod:                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Prodělal jsi v posledních měsících nějakou těžší chorobu?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Chodíš s nějakými obtížemi k jinému lékaři? Specialistovi?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum:

Podpis dítěte:

Podpis zákonného zástupce: