



Anamnēzes anketa sporta medicīnā

(*bērniem līdz 18 gadiem aizpilda bērna vecāki vai likumiskais pārstāvis)

Personas vārds, uzvārds	Personas kods	Vecums: _____gadi
Ja atbilde ir "Jā", lūdzu, precizējiet informāciju.		Jā Nē
1. Vai Jums pašreiz ir veselības traucējumi? Kādi?		
2. Norādiet, ja informācija sniegta jau iepriekš un kopš iepriekšējās veselības pārbaudes tajā nav izmaiņu. Ja atbilde ir "Jā", tad uz 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10. jautājumiem nav jāatbild.		
3. Vai Jums iepriekš ir bijušas traumas? Kādas un kad?		
4. Vai Jums iepriekš ir bijušas alerģiskas reakcijas? Kādas un uz ko?		
5. Vai Jums iepriekš ir bijušas operācijas vai ķirurģiskas manipulācijas? Kādas un kad?		
6. Vai Jums iepriekš ir bijušas saslimšanas vai veselības traucējumi:		
6.1. samaņas zudums vai reibonis, līdzsvara traucējumi (<i>attiecīgo pasvītrot</i>)		
6.2. sāpes krūtīs, elpas trūkums fiziskas slodzes laikā		
6.3. krampji		
6.4. galvassāpes		
6.5. redzes traucējumi		
6.6. dzirdes traucējumi		
6.7. astma		
6.8. sirdskaite, sirdsdarbības traucējumi vai paaugstināts arteriālais spiediens (<i>attiecīgo pasvītrot</i>)		
6.9. epilepsija		
6.10. cukura diabēts (paaugstināts glikozes jeb cukura līmenis asinīs)		
6.11. miega traucējumi, uzvedības traucējumi, apetītes izmaiņas vai atkarības (<i>attiecīgo pasvītrot</i>)		
6.12. augsts vai zems hemoglobīna, eritrocītu, leikocītu vai trombocītu skaits asins ainā (<i>attiecīgo pasvītrot</i>)		
6.13. cits		
7. Vai kādam no Jūsu radniekiem ir zināmi iedzimti vai pārmantoti veselības traucējumi? Kādi?		
8. Vai kāds no Jūsu radniekiem nav miris pēkšņi agrīnā vecumā (jaunāks par 50 gadiem)?		
9. Vai Jūs agrāk esiet lietojis vai pašreiz lietojat zāles, uztura bagātinātājus vai citas vielas? Kādas/-us, kad un kādēļ?		
10. Vai Jūs smēķējat? ☐ Jā ☐ Nē		Esmu agrāk smēķējis/-usi ☐ Jā ☐ Nē
Apliecinu, ka sniegtās ziņas ir pilnīgas un precīzas, es neesmu noklusējis/-usi būtisku informāciju un sniedzis/-usi maldinošas ziņas. Apzinos, ka gadījumā, ja esmu sniedzis/-usi kādus nepatiesus vai maldinošus apgalvojumus vai neesmu piekritis/-usi darīt pieejamu nepieciešamo medicīnisko informāciju, tas var ietekmēt ārsta slēdzienu.		
_____/_____/_____ (dd/mm/gggg) _____ (bērna vecāka vai likumiskā pārstāvja, personas paraksts) _____ (paraksta atšifrējums)		

**Bērnu klīniskā universitātes slimnīca**

Iestādes reģistrācijas Nr.0100-11804

Vienības gatve 45, Rīga, LV-1004

Sporta medicīnas centrs

Tālr. +371 67226002; +371 27839556

e-pasts: sporta.medicina@bkus.lv

V-427/00