

# Медицинское заключение о допуске школьников к участию в спортивных мероприятиях — часть 1 (заполняется учащимся или родителем)

Ред.: апрель 2023 г.

## АНАМНЕЗ

(Примечание. Форма заполняется пациентом и родителем /опекуном до посещения врача. Один экземпляр подшивается врачом к медицинской карте пациента, второй направляется в школу и хранится в личном деле учащегося в соответствии с требованиями закона «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA). По закону FERPA сведения о состоянии здоровья учащегося, имеющиеся в распоряжении школы, могут храниться в личном деле учащегося.)



Отсканируйте QR-код и ознакомьтесь с новыми ресурсами

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Пол: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_ Школа: \_\_\_\_\_ Вид (-ы) спорта: \_\_\_\_\_

**Лекарства и аллергические реакции:** перечислите все рецептурные и безрецептурные лекарства и добавки (пищевые и на основе трав), которые вы принимаете.

У вас есть аллергия?  Да  Нет Если да, укажите вид аллергии:  
 На лекарства  На пыльцу  Пищевая  На укусы насекомых

Как часто за последние две недели вас беспокоили нижеперечисленные проблемы? (Оцените по шкале от 0 до 3 баллов, где 0 = совсем не беспокоили; 1 = несколько дней; 2 = более недели; 3 = почти каждый день)									
Апатия и потеря интереса ко всему:	0	1	2	3	Плохое настроение, депрессия или безысходность:	0	1	2	3

Примечание для врача. Если учащийся набрал 3 балла и более, состояние его здоровья следует оценить с помощью опросника PHQ-9 для выявления депрессивных состояний.

Поясните утвердительные ответы ниже. Если не знаете ответа на вопрос, обведите его номер.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ	ДА	НЕТ	ВОПРОСЫ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ОГРАНИЧЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ.	ДА	НЕТ
1. У вас есть какие-либо жалобы, которые хотелось бы обсудить с врачом?			15. У вас когда-либо были стрессовые переломы, травмы костей, мышц, связок, суставов или сухожилий, из-за которых пришлось пропустить тренировки или игры?		
2. Говорил ли вам врач когда-либо о том, что у вас имеются медицинские противопоказания к занятиям спортом?			16. Вас беспокоят какие-либо проблемы с костями, мышцами, связками или суставами?		
3. Вы болеете или перенесли какое-либо заболевание в последнее время?			<b>ВОПРОСЫ О ПРОШЛЫХ И НАСТОЯЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ</b>		
4. У вас была инфекция COVID-19, которая потребовала госпитализации?			17. Бывают ли у вас приступы кашля, свистящего дыхания или одышки во время или после физических нагрузок?	ДА	НЕТ
<b>ВОПРОСЫ О ЗДОРОВЬЕ СЕРДЦА</b>			18. Вам удаляли почку, глаз, яичко (у мужчин), селезенку или какой-либо другой орган?		
5. Бывали ли у вас обмороки или предобморочные состояния во время или после физических нагрузок?			19. Вы испытываете боль в паху или яичках? У вас есть паховая грыжа (болезненное выпячивание)?		
6. Ощущали ли вы когда-либо дискомфорт, боль, ощущение стесненности или давление в груди во время физических нагрузок?			20. У вас бывают рецидивирующие (периодически повторяющиеся) высыпания на коже, включая герпес и метициллин-резистентный золотистый стафилококк?		
7. Бывает ли у вас сильное сердцебиение, ощущение трепетания в груди или «замирание» пульса (аритмия) во время физических нагрузок?			21. У вас были сотрясения мозга или травмы головы, которые вызвали спутанность сознания, длительную головную боль или нарушение памяти?		
8. Врач когда-либо говорил вам о том, что у вас проблемы с сердцем? Если да, выберите все подходящие варианты: ___ Высокое давление      ___ Шумы в сердце ___ Высокий холестерин    ___ Инфекц. заболевание сердца ___ Болезнь Кавасаки        ___ Другое: _____			22. У вас когда-либо были онемение, покалывание, слабость в руках или ногах, невозможность двигать ими после удара или падения?		
9. Врач когда-либо направлял вас на обследование сердца (например, на электрокардиографию (ЭКГ) или эхокардиографию)?			23. Бывало ли вам плохо после физических нагрузок на жаре?		
10. Кружится ли у вас голова и появляется ли сильная одышка во время физических нагрузок?			24. Есть ли у вас или у кого-то из ваших родных серповидноклеточная анемия или ее признаки?		
11. У вас когда-либо бывали судороги?			25. У вас есть или когда-либо были проблемы с глазами или зрением?		
<b>ИСТОРИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ (ПОСТАРАЙТЕСЬ ВСПОМНИТЬ ВСЕ, ЧТО СМОЖЕТЕ)</b>			<b>ВОПРОСЫ ОБ ЭНЕРГОЗАТРАТАХ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ</b>		
12. Бывали ли в вашей семье случаи смерти из-за проблем с сердцем или случаи внезапной смерти в возрасте до 35 лет (включая утопление и необъяснимые ДТП)?	ДА	НЕТ	26. Вас беспокоит ваш вес?		
13. Есть ли у кого-либо из ваших родных такие наследственные заболевания, как гипертрофическая кардиомиопатия, синдром Марфана, аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка, синдромы удлиненного и укороченного интервала QT, синдром Бругада или катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия?			27. Пытались ли вы/рекомендовали ли вам набрать/сбросить вес?		
14. Был ли установлен кому-либо из ваших родных кардиостимулятор или имплантируемый дефибриллятор в возрасте до 35 лет?			28. Соблюдаете ли вы особую диету или избегаете ли вы определенных продуктов/целых групп продуктов?		
			29. У вас когда-либо были расстройства пищевого поведения?		
			30. У вас уже начались месячные? (Если да, ответьте на следующие вопросы.)		
			31. В каком возрасте у вас была первая менструация? _____		
			32. Когда была последняя менструация? _____		
			33. Сколько менструаций у вас было за последние 12 месяцев? _____		

Поясните утвердительные ответы здесь: \_\_\_\_\_

Настоящим я подтверждаю, что мои ответы на вышеуказанные вопросы являются полными и достоверными.

Подпись спортсмена: \_\_\_\_\_ Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Раздел 1(3) положения ORS 336.479 свода законов штата Орегон с изменениями и дополнениями: «Школьный округ должен требовать от учащихся 7–12-х классов, продолжающих участие во внеклассной спортивной деятельности, проходить медицинский осмотр каждые два года». Раздел 1(5) «Любой медицинский осмотр, требуемый по данному разделу, должен проводиться (а) врачом с неограниченной лицензией на ведение медицинской практики; (б) лицензированным врачом-натуропатом; (в) лицензированным помощником врача; (г) сертифицированной практикующей медсестрой или (д) лицензированным врачом-хиропрактиком, прошедшим клиническое обучение и имеющим опыт в выявлении сердечно-легочных заболеваний и пороков».

Форма подготовлена на основе материалов ©2023 Американской академии семейных врачей (American Academy of Family Physicians), Американской академии педиатрии (American Academy of Pediatrics), Американской коллегии спортивной медицины (American College of Sports Medicine), Американского медицинского общества спортивной медицины (American Medical Society for Sports Medicine), Американского ортопедического общества спортивной медицины (American Orthopedic Society for Sports Medicine) и Американской остеопатической академии спортивной медицины (American Osteopathic Academy of Sports Medicine). Материалы о психическом здоровье, подготовленные Управлением здравоохранения штата Орегон (ОНА), можно найти на веб-сайте Ассоциации школьных мероприятий (OSAA) по указанному выше QR-коду или по адресу <https://www.osaa.org/resources>.

## МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

(Примечание. Один экземпляр подписывается врачом к медицинской карте пациента, второй направляется в школу и хранится в личном деле учащегося в соответствии с требованиями закона «О правах семьи на образование и неприкосновенность частной жизни» (Family Education Rights and Privacy Act, FERPA). По закону FERPA сведения о состоянии здоровья учащегося, имеющиеся в распоряжении школы, могут храниться в личном деле учащегося.)



Отсканируйте QR-код и ознакомьтесь с новыми ресурсами

Дата осмотра: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Пол: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_ Школа: \_\_\_\_\_ Вид (-ы) спорта: \_\_\_\_\_

ОСМОТР		
Рост:	Масса тела:	ИМТ, %:
АД: / ( / )	Пульс:	Зрение П 20/ Л 20/ Коррекция <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ОБЩЕМЕДИЦИНСКИЕ	НОРМА	ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ
Внешний вид		
Глаза/уши/нос/горло		
Лимфоузлы		
Сердце •Шумы (аускультация стоя, лежа, с пробой Вальсальвы и без)		
Пульс		
Легкие		
Живот		
Кожа		
Неврологический статус		
СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫЕ		
Шея		
Спина		
Плечо/рука		
Локоть/предплечье		
Запястье/кисть/пальцы		
Бедро: внешняя/внутренняя сторона		
Колено		
Нога/лодыжка		
Стопа/пальцы ног		

Разрешены все виды спорта без ограничений

Разрешены все виды спорта без ограничений с рекомендациями по дальнейшему обследованию или лечению:

Не разрешено

Ожидается дальнейшее обследование

Для любого вида спорта

Для определенных видов спорта: \_\_\_\_\_

Причина: \_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

Указанный выше учащийся мною осмотрен. Выдано медицинское заключение о допуске к участию в спортивных мероприятиях. У спортсмена нет явных клинических противопоказаний к занятиям спортом и участию в указанных выше видах спорта. Результаты медицинского осмотра хранятся в моем кабинете и могут быть переданы в школу по запросу родителей. В случае возникновения заболеваний после того, как спортсмен получит разрешение на участие в спортивных мероприятиях, врач может отменить разрешение до устранения проблемы и полного разъяснения потенциальных последствий спортсмену (и его родителям/опекунам). Эта форма является точной копией формы, которую в настоящее время требует Совет по образованию штата и в которой содержатся те же вопросы об анамнезе и данные медицинского осмотра. Также мной изучен «Рекомендуемый протокол осмотра».

Имя и фамилия врача (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Раздел 1(3) положения ORS 336.479 Свода законов штата Орегон с изменениями и дополнениями: «Школьный округ должен требовать от учащихся 7–12-х классов, продолжающих участие во внеклассной спортивной деятельности, проходить медицинский осмотр каждые два года». Раздел 1(5) «Любой медицинский осмотр, требуемый по данному разделу, должен проводиться (а) врачом с неограниченной лицензией на ведение медицинской практики; (б) лицензированным врачом-натуропатом; (в) лицензированным помощником врача; (г) сертифицированной практикующей медсестрой или (д) лицензированным врачом-хиропрактиком, прошедшим клиническое обучение и имеющим опыт в выявлении сердечно-легочных заболеваний и порокров».

Форма подготовлена на основе материалов ©2023 Американской академии семейных врачей (American Academy of Family Physicians), Американской академии педиатрии (American Academy of Pediatrics), Американской коллегии спортивной медицины (American College of Sports Medicine), Американского медицинского общества спортивной медицины (American Medical Society for Sports Medicine), Американского ортопедического общества спортивной медицины (American Orthopedic Society for Sports Medicine) и Американской остеопатической академии спортивной медицины (American Osteopathic Academy of Sports Medicine). Материалы о психическом здоровье, подготовленные Управлением здравоохранения штата Орегон (ОНА), можно найти на веб-сайте Ассоциации школьных мероприятий (OSAA) по указанному выше QR-коду или по адресу <https://www.osaa.org/resources>.

# Медицинское заключение о допуске школьников к участию в спортивных мероприятиях — рекомендуемый протокол осмотра врача

Ред.: май 2017 г.

## СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫЕ

Попросить пациента:

1. Встать лицом к врачу
2. Посмотреть на потолок, на пол, через плечо, наклонить голову влево и вправо
3. Пожать плечами (с сопротивлением)
4. Отвести плечи на 90 градусов, задержать с сопротивлением
5. Делать круги руками в направлении наружу
6. Согнуть и разогнуть локти
7. Руки по швам, локти согнуты под углом 90 градусов, сгибать и разгибать запястья
8. Растопырить пальцы, сжать кулак
9. Напрягать и расслаблять квадрицепсы
10. «Гусиный шаг», 4 шага от врача
11. Встать спиной к врачу
12. Колени прямые, коснуться носков
13. Подняться на носках, затем на пятках

Для проверки:

Акромиально-ключичное сочленение, общий вид  
Диапазон движений шейного отдела  
Сила трапециевидных мышц  
Сила дельтовидных мышц  
Движение плеч  
Движение локтей  
Движение локтя и запястья  
Движение кисти и пальцев, деформации  
Симметрия и выпот в коленном/голеностопном суставе  
Движение бедра, колена и лодыжки  
Симметрия плеч, сколиоз  
Сколиоз, движение бедер, подколенные сухожилия  
Симметрия икр, сила ног

**ОЦЕНКА ШУМОВ** — аускультацию следует выполнять в положении сидя, лежа и на корточках в тихой комнате, используя диафрагму и колокол стетоскопа.

Данные аускультации:

1. Первый тон S1 хорошо прослушивается; не голосистолический, мягкий, низкий
2. Второй тон S2 нормальный
3. Нет выброса или среднесистолический щелчок
4. Продолжительный диастолический шум отсутствует
5. Отсутствие раннего диастолического шума
6. Нормальный пульс на бедренной артерии (эквивалентный пульсу на плечевой артерии по силе и времени прибытия пульсовой волны)

Исключают:

ДМЖП и митральная регургитация  
Тетралогия, ДМПП и легочная гипертензия  
Аортальный стеноз и стеноз легочной артерии  
Незаращение артериального протока  
Недостаточность аортального клапана  
Коарктация

**СОТрясение МОЗГА** — когда спортсмен может вернуться в игру после сотрясения мозга?

После сотрясения мозга спортсмену не следует возвращаться к игре или тренировкам в тот же день. Раньше спортсменам разрешалось возвращаться к игре, если симптомы проходили в течение 15 минут после травмы. Исследования показали, что в юном возрасте головной мозг восстанавливается не настолько быстро, поэтому законодательством штата Орегон установлено правило, что игрок не должен возвращаться к игре в день получения сотрясения, и, прежде чем он сможет вернуться к игре или тренировкам, он должен получить разрешение соответствующего квалифицированного медицинского работника.

**Постепенное пошаговое возвращение к участию в спортивных мероприятиях:** требуется медицинское заключение о допуске в соответствии с [ORS 336.485](#), [ORS 417.875](#).

1. **Тренировки с учетом диагноза:** относительный покой в течение 48–72 часов. Разрешить физическую и умственную активность малой интенсивности. Может включать домашнее обучение или сокращенное пребывание в школе и (или) ограничение объема домашних заданий. Постепенное возвращение. При наличии ограничивающих симптомов начинать следует с очень легких нагрузок.
2. **Легкие аэробные упражнения:** ходьба или велотренажер для тренировок низкой и средней интенсивности; упражнения без контакта, сопротивления и отягощения.
3. **Специальные спортивные упражнения:** бег на короткие дистанции, дриблинг футбольным или баскетбольным мячом; без шлема и защитной экипировки, без риска травмы головы.
4. **Бесконтактные тренировки:** более сложные упражнения в полной экипировке. Можно начать упражнения с отягощением или сопротивлением.

**\*\* Переход к следующему этапу допустим, когда спортсмен полностью выздоровел, имеет разрешение врача и вернулся к полноценной учебе без ограничений.**

5. **Полноконтактные тренировки:** участие в нормальных полноконтактных тренировках.
6. **Возврат к соревнованиям без ограничений:** участие в играх с командой соперника.

Спортсмен должен провести не менее одного дня на каждом этапе. При рецидивировании клинических проявлений спортсмен обязан прервать выполняемые действия и обратиться к физиотерапевту или иному медицинскому работнику. В зависимости от типа и тяжести симптомов спортсмена могут отправить на отдых в течение 24 часов, а затем возобновить восстановление на шаг ниже уровня, на котором возникли симптомы. Постепенное усложнение применяется ко всем действиям, включая спорт и уроки физкультуры.

## Форма 581-021-0041 и протокол проведения медицинских осмотров спортсменов

1. Совет по образованию штата посредством ссылки принимает форму «Медицинское заключение о допуске школьников к участию в спортивных мероприятиях» (ред.: апрель 2023 г.), которую необходимо использовать для регистрации данных медицинского осмотра, и устанавливает рамки протокола для проведения такого медицинского осмотра. Форму можно использовать как в печатном, так и в электронном формате. Врачи могут использовать свои электронные системы регистрации медицинских данных, чтобы воспроизвести форму в электронном виде. Врачи, проводящие медосмотр учащихся 7–12-х классов, участвующих во внеклассной спортивной деятельности, должны использовать эту форму.
2. Если форма распечатана из электронной медицинской карты, она должна содержать следующее заявление над строкой для подписи врача: Эта форма является точной копией формы, которую в настоящее время требует Совет по образованию штата и в которой содержатся те же вопросы об анамнезе и данные медицинского осмотра. Также мной изучен «Рекомендуемый протокол осмотра».
3. Врачи, проводящие медосмотр после 1 мая 2018 г. включительно и до 1 мая 2023 г., должны использовать форму от мая 2017 г.
4. Врачи, проводящие медосмотр после 1 мая 2023 г. включительно и до 1 мая 2024 г., должны использовать форму либо от мая 2017 г., либо от апреля 2023 г.
5. Врачи, проводящие медосмотр после 1 мая 2024 г. включительно, должны использовать форму от апреля 2023 г.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Эту форму можно найти на веб-сайте Ассоциации школьных мероприятий штата Орегон (Oregon School Activities Association, OSAA) по адресу <https://www.osaa.org/health-safety>.

Юридическое/иное обоснование: ORS 326.051

Реализуемые законы: ORS 336.479