

		Код форми за ЗКУД _____ Код закладу ЗКПО _____
--	--	--

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 061/10 Затверджена наказом МОЗ України 2 7 1 2 9 9 р. № 3 0 2
Найменування закладу		

**ЛІКАРСЬКО-КОНТРОЛЬНА КАРТА
фізкультурника і спортсмена**

Дата заповнення " ____ " _____ р.

Організація (ДЮСПІ, спортколектив) _____ Вид спорту _____
N поліклініки за місцем проживання _____

<p>1. Прізвище, ім'я, по батькові _____</p> <p>2. Дата народження _____ _____ _____ _____ _____ _____ (число, місяць, рік)</p> <p>3. Стать ч.-1, ж.-2 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Домашня адреса _____ Телефон _____</p> <p>5. Місце роботи _____</p> <p>6. Професія, посада _____</p> <p>7. Освіта _____ 8. Житлові умови _____</p> <p>9. Режим харчування _____</p> <p>10. Перенесені: а) хвороби _____</p> <p>б) травми _____</p> <p>в) операції _____</p>	<p>11. Вживання алкоголю: випадково, мало, багато, часто, не вживає (підкреслити) Паління: зі скількох років _____ по штук _____ в день, не палить (підкреслити)</p> <p>12. Яким видом спорту переважно займається _____</p> <p>13. Скільки часу _____</p> <p>14. Якими іншими видами спорту займався _____</p> <p>15. По яких видах спорту приймав участь в змаганнях _____</p> <p>6. Розряд _____ дата одержання кожного розряду _____</p> <p align="right">з якого виду спорту _____</p>
--	---

17. Антропометричні дані

	1-е обстеження Дата огляду		2-е обстеження Дата огляду		3-є обстеження Дата огляду		4-є обстеження Дата огляду	
	ВПС	оцінка*)	вік	оцінка*)	вік	оцінка*)	вік	оцінка*)
Вага								
Зріст стоячи								
Об'єм грудної клітки	вдох							
	видих							
	пауза							
	розмах							
Спірометрія								
Динамометрія	права кисть							
	ліва кисть							
	станова							

18. Дані зовнішнього огляду

Шкіра								
Видимі слизові оболонки								
Лімфатична система								
Жировідкладення								
Мускулатура								
Стан гризових воріт								
Грудна клітка								
Спина								
Стопа								
Ноги								

*) Оцінка для дітей і підлітків до 17 років включно

19. Найближчі дані спортивного анамнезу		
	1-е обстеження	2-е обстеження
	Дата огляду _____	Дата огляду _____
Короткі дані про тренування і спортивні виступи		
20. Дані обстеження внутрішніх органів		
Скарги		
Органи дихання: верхні дихальні шляхи, легені (аускультация)		
Органи кровообігу: серце (границі, аускультация)		
Органи травлення: язик, живіт (пальпація)		
Сечостатева система		
Ендокринна система		
Нервова система		
Огляд спеціалістів:		
офтальмолога		
отоларинголога		
хірурга		
травматолога		
стоматолога		
інших спеціалістів (вписати)		

3-е обстеження Дата огляду _____	4-е обстеження Дата огляду _____

Число, місяць, рік обстеження					
До навантаження	Дихання				
	Пульс				
	Характер пульсу				
	Артеріальний тиск				
Після навантаження	ПУЛЬС	10 _____			
		20 _____			
		30 _____			
		40 _____			
		50 _____			
		60 _____			
		Тиск _____			
		Дихання _____			
Характер пульсу					
Аускультация		стоячи _____			
		лежачи _____			
21. Висновок					
Фізичний розвиток					
Стан здоров'я (функціональний стан)					
Медична група					
Допуск до занять, змагань з...					
Направлений до спеціаліста					
Повторна явка					
Рекомендовано					
Примітка					