

Dotazník k odhalení rizik náhlé srdeční smrti u sportovce

(Modifikovaný dle Lausannského protokolu MOV z.2004)

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

- | | ANO | NE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - zemřel někdo z blízkým příbuzných náhle, bez jasné příčiny ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - netrpěli nejasnými záchvaty, křečemi nebo neměli opakovaná bezvědomí ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - nebyli léčeni pro nepravidelné bušení srdce ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - neprodělal někdo z nich transplantaci srdce, operaci srdce, implantaci kardiostimulátoru nebo kardioverteru (ICD) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - nebyl někdo z nich léčen pro nepravidelné bušení srdce? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - neměl někdo z nich nejasnou autonehodu či topení ve vodě? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 Osobní anamnéza:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - měl jsi někdy při cvičení či sportu náhlé bušení srdce, bolesti nebo svírání na hrudi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - měl jsi někdy při cvičení či běhu pocit na omdlení, závrat' nebo mdlobu ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - jsi sledován a/nebo léčen pro epilepsii, alergie nebo bronchiální astma ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - pocíval jsi někdy nepravidelnost, „přeskakování“ nebo bušení srdce? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - unavíš se někdy při sportu dříve než ostatní vrstevníci ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - zhorší se ti při sportu dýchání nebo zhorší kašel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - užíváš nějaké léky ? : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - užíváš drogy ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ležel jsi v posledních letech v nemocnici? Důvod ? : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - prodělal jsi v posledních měsících nějakou těžší chorobu ? : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - chodíš s nějakými obtížemi k jinému lékaři ?: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum:

Podpis: