

فرم معاینه قلب و عروق

(لطفاً نوار قلب و یا سایر مدارک مربوط به معاینه پیوست شود)

نام و نام خانوادگی بازیکن / مربی / کادر :	
کد ملی :	
رشته :	فوتبال / فوتسال / فوتبال ساحلی
نام تیم :	
شماره موبایل :	
استان/شهر :	
اینجانببازیکن/ مربی/ کادر تیم..... ضمن رضایت از انجام معاینات قلب و عروق خود متعهد می شوم که تمام اطلاعات خواسته شده توسط پزشک را به درستی اعلام می دارم و در هر مرحله مشخص گردد این امر صورت نگرفته موضوع از طریق کمیته انضباطی قابل بررسی و پیگیری می باشد.	
امضا (بازیکن(یا ولی بازیکن زیر ۱۸ سال) / مربی / کادر) :	تاریخ :

خیلی مهم ؛ پزشک محترم متخصص قلب و عروق :

- ☞ پر شدن کلیه فیله‌های درخواست شده الزامیست، به فرم های ناکامل ترتیب اثر داده نمی شود.
- ☞ لطفاً نوار قلب و یا سایر مدارک مربوط به معاینه پیوست شود(نام کامل مراجعه کننده و تاریخ در روی نوار درج شود).
- ☞ لطفاً هویت فرد مراجعه کننده با کارت ملی / شناسنامه مطابقت گردد و کپی مدرک شناسایی مهر و به فرم پیوست شود.

FAMILY HISTORY (MALE RELATIVES < 55 YEARS, FEMALE RELATIVES < 65 YEARS)

	No	Father	Mother	Sibling	Other
Sudden Cardiac Death	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudden Infant Death	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coronary Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiomyopathy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recurrent Syncope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrhythmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Transplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker/Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marfan Syndrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unexplained Drowning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unexplained Car Accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CARDIOVASCULAR SYSTEM

Rhythm Normal Arrhythmic
Heart Sounds Normal Abnormal, Please Specify:
Heart Murmurs NO Yes, Please Specify:

Heart rate after 5 Minutes rest

_____/min

Blood Pressure in Supine Position after 5 minutes rest

..... /.....mmHg

LEAD RESTING ECG* IN SUPINE POSITION AFTER 5 MINUTES REST

Please perform and assess the 12-lead ECG according to the current international (Seattle) Criteria (attached)

Summarizing assessment of ECG Normal Abnormal, Please Specify: ____

🌀 مراجعه کننده نیاز به اقدام تشخیصی دیگری دارد؟ بلی خیر

مراجعه کننده آقا / خانم توسط اینجانب دکتر متخصص قلب و عروق
در تاریخ ویزیت شد . انجام ورزش فوتبال از نظر قلب و عروق برای نامبرده :
 بلا مانع است مورد تایید نمی باشد
امضاء و مهر تاریخ

صحت اصالت فرم مذکور و مشخصات بازیکن / مربی / کادر ثبت شده در فرم مورد تایید است.
هیات فوتبال استان / شهر امضاء و مهر - تاریخ