

## Dotazník sportovce ke zjištění potenciálně zjistitelných nemocí srdce s vysokým rizikem náhlé srdeční smrti

(Podle Lausanského protokolu MOV z r.2004)

### Osobní anamnéza sportovce:

**Vzor vyplnění (zatržení):** Zakroužkujte správnou odpověď

	<input checked="" type="radio"/> ANO	NE
Bylo Vám někdy mdlo nebo měl jste výpadek při cvičení	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy svírání na hrudi ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Vyvolalo běhání někdy svírání na hrudi ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy svírání na hrudi, kašel, sípání, které Vám znesnadňovalo sportovní výkon ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl jste někdy léčen nebo hospitalizován pro astma ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy záchvat ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že máte epilepsii ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, abyste zanechal sportu kvůli zdravotním problémům ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že máte vysoký krevní tlak ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že máte vysoký cholesterol ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Máte problémy s dýcháním nebo kašlete při nebo po sportovní činnosti ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy závrať při a nebo po cvičení ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy bolest na hrudi při a nebo po cvičení ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Máte nebo měl jste někdy rychlé bušení srdce nebo přeskokování srdce ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Unavíte se rychleji než Vaší přátele při cvičení ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že máte srdeční šelest ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že máte srdeční arytmií ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste někdy nějaký jiný srdeční problém ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Měl jste těžkou virovou infekci (například myokarditidu nebo mononukleózu) v posledních měsících ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Říkal Vám někdy někdo, že jste měl revmatickou horečku ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Máte nějakou alergii ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Užíváte nyní nějaké léky ?	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Užíval jste soustavně nějaké léky v posledních dvou letech	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE