Παράρτημα 2:

**Appendix 2:**

**ΦΥΛΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ**

H συλλογή των πληροφοριών γίνεται για καθαρά ιατρικούς σκοπούς και λεπτομέρειες της υγείας του αθλητή

δεν θα περιέλθουν σε τρίτα πρόσωπα

**ATHLETE MEDICAL HISTORY FORM**

**MEDICAL CONFIDENTIALITY**

Information is for purely medical purposes and that details of the athlete's health will not be passed on to third parties

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: | | ΟΝΟΜΑ: |
| **SURNAME:** | | **NAME:** |
| ΑΡΡΕΝ ΘΥΛΗ | ΗΛΙΚΙΑ: | ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: |
| **MALE** **FEMALE** | **AGE:** | **DATE OF BIRTH:** |
| ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ | | |
| **MOBILE PHONE:** | | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: | | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ: |
| **FATHER’S NAME:** | | **MOTHER’S NAME :** |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: | | |
| **ATHLETE’S ADDRESS:** | | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ: | | |
| **ATHLETE’S HOME PHONE:** | | |
| ΟΝΟΜΑ & ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ : | | |
| PERSONAL PHYSICIAN’S NAME & TEL. #: | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ** | | |
| **SOMATOMETRIC ELEMENTS** | | |
| ΥΨΟΣ (cm): | ΒΑΡΟΣ (kg): | BMI\*: |
| **HEIGHT (cm):** | **WEIGHT (kg):** | **BMI\*:** |

\*ΔEIΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

\* BODY MASS INDEX

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ( ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ)** | |
| **ATHLETE’S MEDICAL HISTORY (PLEASE CIRCLE YOUR ANSWERS BELOW)** | |
|  | |
| **1. Είχατε πρόσφατα νοσηλευτεί για Covid-19;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναφέρατε νοσοκομείο και ημερομηνίες) | |
|  | |
| **1. Have you been hospitalized recently with Covid-19?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please list the hospital and dates)*** | |
|  | |
| **2. Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ PCR ( ρινικό ή φαρυγγικό επίχρισμα) για COVID-19;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ | (ΗΜΕΡΟΜ) |
| Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ | (ΗΜΕΡΟΜ) |
|  | |
| **2. Did you get tested for Covid-19 ,for any reason, performing the PCR test (nasopharyngeal / oropharyngeal swabs)** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B.YES AND IT WAS NEGATIVE*** | |
| ***C. YES AND IT WAS POSITIVE WITHOUT SYMPTOMS AND I STYED AT HOME*** | |
|  | |
| **3. Είχατε κάνει για οποιονδήποτε λόγο τεστ αντισωμάτων για Covid-19;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ | (ΗΜΕΡΟΜ) |
| Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ | (ΗΜΕΡΟΜ) |
|  | |
| **3.Did you get, for any reason, the antibody test for Covid 19?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES AND IT WAS NEGATIVE*** | |
| ***C. YES AND IT WAS POSITIVE WITHOUT SYMPTOMS AND I STYED AT HOME*** | |
|  | |
| **4. Είχε κάποιο άτομο του στενού περιβάλλοντος σας πρόσφατα νοσήσει από Covid-19;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| Β.ΝΑΙ (Αναφέρατε νοσοκομείο και ημερομηνίες) | |
|  | |
| **4. Have any family member or relativehad recently been infected with COVID-19?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please list the hospital and dates)*** | |
|  | |
| **5. Ταξιδέψατε τις τελευταίες 20 μέρες στο εξωτερικό;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Σε ποιες χώρες) | |
|  | |
|  | |
| **5. Did you travel the past 20 days abroad?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please list in which countries)*** | |
|  | |
| **6. Είχατε πρόσφατα ( τελευταίες 6 εβδομάδες) κάποιο εμπύρετο νόσημα;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **6. Have you recently (the last 6 weeks) developed symptoms related to COVID-19, such as febrile illness?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **7. Έχετε αίσθημα εύκολης κόπωσης, ξηρό βήχα ή δύσπνοια τις τελευταίες 6 εβδομάδες;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **7. Have you had a feeling of easy fatigue, dry cough or shortness of breath the last 6 weeks?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **8. Είστε καπνιστής/καπνίστρια;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| B. ΝΑΙ (μέσος αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα: | |
|  | |
| **8. Do you smoke?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (average number of cigarettes per day:*** | |
|  | |
| **9. Κάνατε άσκηση στο σπίτι στη διάρκεια της πανδημίας του κορωνοϊού;** | |
| Α. ΟΧΙ ΚΑΘΟΛΟΥ | |
| Β. ΣΤΑΤΙΚΟ ΠΟΔΗΛΑΤΟΚΑΙ/Η ΤΡΕΞΙΜΟ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ | |
| Γ. ΠΛΗΡΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ | |
|  | |
| **9.Did you exercise at home during the coronavirus pandemic?** | |
| ***A. NOT AT ALL*** | |
| ***B. STATIC BICYCLE AND / OR RUN AND SOME EXERCISES*** | |
| ***C. COMPLETE PHYSICAL MAINTENANCE PROGRAM*** | |
|  | |
| **10. Είχατε ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια της άσκησηςn( ταχυκαρδία, ζάλη, δύσπνοια);** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **10.Did you have any discomfort during exercise (tachycardia, dizziness, shortness of breath)?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **11. Έχετε λιποθυμήσει ποτέ στην άσκηση ή μετά από αυτή;** | |
| Α.ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **11.Have you ever fainted during or after exercise?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **12. Έχετε κάποιο χρόνιο νόσημα ( όπως σακχαρώδης διαβήτης ή άσθμα);** | |
| Α.ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| ***12.Do you have a chronic illness (such as diabetes or asthma)?*** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **13. Παίρνετε αυτή την περίοδο κάποια φάρμακα;** | |
| Α.ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
| **13. Are you currently taking any medications?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **14. Έχετε αλλεργία σε ουσίες, φαγητό ή φάρμακα;** | |
| Α.ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **14.Are you allergic to substances, food or medicine?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **15. Είχατε ποτέ παλαιότερα πόνο στο στήθος ή δυσφορία στο στέρνο κατά την άσκηση;** | |
| Α.ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **15. Have you ever had chest pain or chest discomfort during exercise?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **16. Είχατε ποτέ παλαιότερα ταχυκαρδία (έντονη) ή αρρυθμία (άρρυθμο σφυγμό) κατά την άσκηση;** | |
| Α.ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **16.Have you ever had a tachycardia (intense) or arrhythmia (arrhythmic pulse) during exercise?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **17. Σας έχει ενημερώσει ποτέ ιατρός ότι έχετε ένα από τα ακόλουθα;** | |
| Α. Υψηλή αρτηριακή πίεση | |
| Β. «Φύσημα» στην καρδιά | |
| Γ. Υψηλή χοληστερίνη | |
| Δ. Φλεγμονή στην καρδιά (περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα) | |
|  | |
| **17.Has a doctor ever informed you that you have one of the following?** | |
| ***A.High bloodpressure*** | |
| ***B.Heartmurmur*** | |
| ***C. High cholesterol*** | |
| ***D. Inflammation of the heart (pericarditis, myocarditis)*** | |
|  | |
| **18. Έχετε κάνει πρόσφατα καρδιολογικές εξετάσεις (π.χ. καρδιογράφημα ή triplex);** | |
| Α. Εντός των τελευταίων 12 μηνών | |
| Β. Εντός των τελευταίων 2 ετών | |
| Γ. Έχω να κάνω εξέταση πάνω από 2 έτη | |
|  | |
| **18.Have you recently had a cardiology test (eg cardiogram or triplex)?** | |
| ***A. Within the last 12 months*** | |
| ***B. Within the last 2 years*** | |
| ***C. I haven't had medical tests for over 2 years*** | |
|  | |
| **19. Υπάρχει κάποιος στην οικογένεια σας που υπέστη αιφνίδιο θάνατο;** | |
| Α.ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **19.Is there anyone in your family who died suddenly?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **20. Υπάρχει κάποιος στην οικογένεια σας που έχει κάποιο ιατρικό πρόβλημα;** | |
| Α.ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| ***20.Is there anyone in your family who has a medical problem?*** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **21.Υπάρχει κάποιος στην οικογένεια σας που πέθανε πριν την ηλικία των 50 ετών;** | |
| Α.ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **21.Is there anyone in your family who died before the age of 50?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **22.Υπάρχει κανείς στην οικογένεια σας με σύνδρομο Marfan (αραχνοδακτυλία);** | |
| Α.ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **22.Is there anyone in your family with Marfan syndrome?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **23. Νοσηλευτήκατε ποτέ σε νοσοκομείο;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **23.Have you ever been hospitalized?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **24.Είχατε κάνει ποτέ επέμβαση;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| Β. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **24. Have you ever had surgery?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **25. Είχατε ποτέ στο παρελθόν τραυματιστεί στα μαλακά μόρια ( συνδεσμικές κακώσεις, τενοντίτιδα, θλάση) με αποτέλεσμα να χάσετε προπονήσεις ή αγώνα;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| B. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **25. Have you ever been injured in the soft tissues (ligament injuries, tendonitis, fracture) resulting in missed training or competition?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |
|  | |
| **26. Έχετε κάτι άλλο να προσθέσετε;** | |
| Α. ΟΧΙ | |
| B. ΝΑΙ (Αναλύστε) | |
|  | |
| **26.Do you have anything else to add?** | |
| ***A. NO*** | |
| ***B. YES (Please explain)*** | |

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΘΛΗΤΗ**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος αθλητής δηλώνω υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι αληθή.

Κατανοώ ότι η συλλογή αυτών των πληροφοριών γίνεται για καθαρά ιατρικούς σκοπούς και ότι λεπτομέρειες της υγείας του αθλητή δεν θα περιέλθουν σε τρίτα πρόσωπα.

Κατανοώ επίσης ότι το Ιατρικό Επιτελείο μπορεί να προτείνει την προσωρινή ή και οριστική απομάκρυνση του αθλητή από τις αθλητικές δραστηριότητες εφόσον κριθεί ότι αυτή μπορεί να επιδεινώσει κάποιο πρόβλημα υγείας ή και ακόμη να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τη δική του ή άλλων.

Ημερομηνία\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ο ΑΘΛΗΤΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ΥΠΟΓΡΑΦΗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOLEMN DECLARATION OF ATHLETE**

The undersigned athlete declares responsibly that the above information is true.

I understand that the collection of this information is for purely medical purposes and that details of the athlete's health will not be passed on to third parties.

I also understand that the Medical Staff may propose the temporary or permanent removal of the athlete from sports activities if it is deemed that it may aggravate a health problem or even endanger his own life or the life of others.

Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

THE ATHLETE

FULL NAME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_