Приложение 2

к Порядку медицинского сопровождения выполнения нормативов Государственного физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне Донецкой Народной Республики» (пункт 2.10)

**Анкета для лица, желающего выполнить нормативы ГФСК «ГТО ДНР»**

(заполняется в день выполнения нормативов и предоставляется медицинскому работнику)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество участника; дата рождения)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Вопросы | Да | Нет |
| 1 | Имеется ли у Вас в настоящее время боли любой локализации, тошнота, слабость, головокружение? |  |  |
| 2 | Имеется ли у Вас в настоящее время признаки какого-либо инфекционного заболевания: повышение температуры выше 37, катаральные явления (насморк, кашель и др.), сыпь, расстройство пищеварения и др.? |  |  |
| 3 | Есть ли у Вас травматические поражения органов и тканей организма (ушиб, гематома, рана, растяжение и др.)? |  |  |
| 4 | Предъявляете ли Вы жалобы на кровотечения любой локализации (носовые, после удаления зуба, менструация и др.)? |  |  |
| 5 | Переносили ли Вы острое заболевание за последние 3 месяца? Если переносили – укажите какое. |  |  |
| 6 | Наблюдалось ли у Вас обострение хронического заболевания за последний месяц? |  |  |
| 7 | Ощущаете ли Вы перебои в работе сердца? |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата заполнения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, подпись участника, либо его законного представителя)

Заключение медицинского работника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(допущен, не допущен)

(ФИО, подпись медицинского работника