

**Dotazník k odhalení rizik náhlé srdeční smrti u sportovce**  
(Modifikovaný dle Lausanského 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 omámení, závrať 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: