

שם הנבדק: _____ מס' זהות: _____

טופס 1

בדיקה ארגומטרית (טופס זה מיועד למבקש רישיון נהיגה בפעם הראשונה בכל גיל, ולמבקש לחדשו **מגיל 40 ומעלה** בכל שנתיים)

מקום הבדיקה: _____ תאריך הבדיקה: _____ ענף הספורט _____

שם הנבדק: _____ מס' תעודת זהות / דרכון * _____
תאריך הלידה _____ מין: ז / נ * גובה _____ ס"מ משקל _____ ק"ג
ממצאים: _____

אק"ג במנוחה _____ לחץ דם _____ / _____
אק"ג במאמץ _____ מ"מ כספית _____
אק"ג בהתאוששות _____ הבדיקה בוצעה על מסילה / על אופניים *
דופק במנוחה _____ פעימות _____ מחק את המיותר
לדקה _____

הבדיקה בוצעה לפי פרוטוקול BRUCE המצוי לעיון הציבור באתר האינטרנט של משרד הבריאות.

אופניים:					מסילה:				
דקה	מהירות	שיפוע	דופק	לחץ דם	דקה	מהירות	שיפוע	דופק	לחץ דם
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
5					5				
6					6				
7					7				
8					8				
9					9				

סיכום (סמן עיגול סביב המתאים):			התאוששות		
תגובות לחץ דם	סיבות הפסקת המאמץ	תלונות במאמץ	לחץ-דם	דופק	דקה
1. תקינה	1. מאמץ מרבי	1. בלא תלונות			1
2. גבוהה	2. עייפות כללית	2. כאבים בחזה			2
3. נמוכה	3. כאבים ברגליים	3. קוצר נשימה			3
4. שטוחה	4. שינויים באק"ג	4. כאבים ברגלים			4
	5. הפרעות קצב	5. אחר פרט			5
	6. כאבים בחזה				
	7. קוצר נשימה				
	8. אחר פרט				

מסקנות:

כשיר לפעילות בלי הגבלה *

הערות:

שם הנבדק: _____ מס' זהות: _____

טופס 2

בדיקה גופנית לנהיגה ספורטיבית

מקום הבדיקה: _____ תאריך הבדיקה: _____ (תיערך לא יותר מ 3 חודשים לפני בקשת הרישוי).

שם הנבדק: _____ מס' תעודת זהות / דרכון * _____
תאריך הלידה _____ מין: ז / נ * גובה _____ ס"מ _____ משקל _____ ק"ג
לחץ דם במנוחה בישיבה _____ / _____ מ"מ כספית .
לחץ דם במאמץ _____ / התאוששות _____ דופק במנוחה _____ פעימות
בדיקה .

ראש: עיניים _____

דפקים _____

פריפריים _____

אוזניים _____

אף וגרון _____

צוואר: בלוטת התריס _____

קשרי לימפה _____

בית החזה: _____

ריאות _____

לב _____

בטן: כבד _____

טחול _____

מפשעה (שבר בלוטות לימפה) _____

(_____

עור: _____

אברי המין: _____

בדיקת עצמות ושרירים (בדיקה אורתופדית) _____

מפרקים (היקף תנועה , סימטריה ורפיון , יציבות הברכיים) _____

עמוד שדרה _____

גפיים (דפורמציות , צליעה , כוח) _____

כפות רגליים (דפורמציות) _____

האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות _____

פירוט (אם לא תקין) _____

_____	ב: _____	תקין <input type="checkbox"/>	קואורדינציה _____
_____	לא תקין <input type="checkbox"/>	תקין <input type="checkbox"/>	בדיקת תפקודי נשימה _____
_____	לא תקין <input type="checkbox"/>	תקין <input type="checkbox"/>	מערכת עצבים מרכזית _____
_____	לא תקין <input type="checkbox"/>	תקין <input type="checkbox"/>	פריפריית _____

* מחק את המיותר

תאריך הבדיקה

חותמת התחנה לרפואת ספורט

חותמת הרופא

חותמת הרופא

שם הנבדק: _____ מס' זהות: _____

ממצאי בדיקות ראייה

שם הנבדק: _____ מס' זהות: _____ (ימולא על ידי רופא עיניים מומחה או אופטומטריסט מורשה)					
פירוט	לא תקין	תקין			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ימין	בלי תיקון	ראייה מרחוק:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שמאל		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ימין	עם תיקון	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שמאל		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ימין		שדות ראייה:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שמאל		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		אבחנה בין אדום לירוק	ראיית צבעים:
	[]	[]		ראייה של לא פחות מ-6/6 בעין האחת	מבקש שאיבד את הראייה (בתום שלוש שנים) בעין אחת
	[]	[]		שיפוט משביע רצון של מרחקים	

ממצאים ומסקנות :

לאור הנתונים שהתקבלו בבדיקה בבדיקת הראייה, אני החתום מטה מצהיר כי מבקש הרישיון לנהיגה ספורטיבית:

כשיר לפעילות בלי הגבלה.

כשיר לפעילות עם ההגבלות הבאות: _____

בלתי כשיר לפעילות.

הערות: _____

תאריך: _____ חותמת וחתמת הבדוק: _____

מס' זהות: _____

שם הנבדק: _____

טופס 3 – שאלון רפואי - (מסמך זה מכיל 3 עמודים וימולא בידי מבקש הרישיון . יש למלא טופס זה במלואו אחת לשנה)

פרטים אישיים

שם משפחה _____ שם פרטי _____ זכר / נקבה*
 תעודת זהות\ דרכון* _____ תאריך לידה _____ / _____ / _____ גיל _____
 כתובת: רח' ומס' _____ עיר _____ מיקוד _____
 טלפון _____ טל' נייד _____
 Email _____
 סוג דם _____ RH _____ גובה _____ משקל _____
 מספר רישיון נהיגה ספורטיבית (אם קיים) _____

שאלון רפואי * מחק את המיותר. (השאלות מנוסחות בלשון זכר, ויחולו בלשון נקבה גם לגבי ספורטאית)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 12. האם דווה לך אי פעם על אוושה או רשרוש בלבך ? כן / לא | 1. האם אושפזת אי פעם ? כן / לא |
| 13. האם היתה לך הרגשה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב ? כן / לא | 2. האם עברת ניתוח ? כן / לא |
| 14. האם מישהו במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי אחר לפני שמלאו לו 40 שנה? כן / לא | 3. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע ? כן / לא |
| 15. האם אתה סובל מבעיות עור (גירוד , נקודות חן או עור שסוע) ? כן / לא | 4. האם יש לך רגישות יתר (אלרגיה) (לתרופות, לדבורים וכו') ? כן / לא |
| 16. האם נפגעת פגיעת ראש אי-פעם ? כן / לא | 5. האם אירע לך אירוע של איבוד הכרה בזמן מאמץ ? כן / לא |
| 17. האם היה לך זעזוע מוח ? כן / לא | 6. האם היה לך דום נשימה? אם כן, האם מטופל? כן/ לא |
| 18. האם סבלת בעבר מכאבי ראש תכופים או קשים? כן / לא | 7. האם סבלת כאבים בחזה בזמן מאמץ ? כן / לא |
| 19. האם יש הפרעות במהירות תגובה? כן / לא | 8. האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ ? כן / לא |
| 20. האם יש הפרעות זיכרון? כן / לא | 9. האם אתה מתעייף יותר מחבריך לפעילות בזמן מאמץ ? כן / לא |
| 21. האם קיימת בעיה של התמצאות בזמן ובמקום? כן / לא | 10. האם אתה סובל מיתר לחץ דם ? כן / לא |
| 22. האם סבלת אי-פעם מהתכווצויות – חום? כן / לא | <u>אם כן</u> , מהו סוג הטיפול שהנך מקבל לאיזון לחץ דם _____ |
| 23. האם איבדת אי-פעם הכרה בחום ? כן / לא | 11. האם הנך סובל / סבלת בעבר ממחלת לב או מהפרעה בקצב הלב ? כן / לא |
| 24. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים ? כן / לא | |
| 25. האם נפצעת אי-פעם באחד מן הבאים (נקע , פריקה , או שבר) ? | |

ברך _____ כן / לא
 שוק / קידמת הרגל _____ כן / לא
 כף רגל _____ כן / לא

 שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____
 תאריך: _____ חותמת התחנה לרפואת ספורט: _____

יד _____ כן / לא
 שורש כף היד _____ כן / לא
 מרפק _____ כן / לא
 זרוע _____ כן / לא
 כתף _____ כן / לא
 צוואר _____ כן / לא
 גב _____ כן / לא
 מותן _____ כן / לא
 ירך _____ כן / לא

שם הנבדק: _____

• מחק את המיותר.

מס' זהות: _____
 36. האם אתה סובל / סבלת בעבר מהפרעות עצביות כלשהן ?

כן / לא

37. האם עברת אירוע מוחי (שבץ מוחי) בעבר ?

כן / לא

אם כן, מתי ? _____

38. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות כלשהן בגפיים

(כולל התכווצויות שרירים או נוקשות מפרקית) ? כן / לא

39. האם עברת ניתוח כלשהו או אשפוז ממושך בעבר ?

כן / לא

40. האם יש לך נטייה לישנוניות / הרדמות יתר במשך היום ?

כן / לא

41. האם יש לך ירידה בשמיעה ?

כן / לא

אם כן , האם מרכיב מכשיר שמיעה ? _____

* נא לצרף בדיקות שמיעה אחרונות .

42. האם אתה סובל/סבלת בעבר ממחלה זיהומית כלשהי ?

כן / לא

43. האם אתה סובל/סבלת בעבר מהפרעה פסיכיאטרית או

מבעיה נפשית שבגינה טופלת ע"י פסיכולוג/פסיכיאטר?

כן / לא

אם כן פרט , האם מטופל ? באילו תרופות ?

44. האם השתמשת בעבר בסמים שלא לצורך רפואי?

כן / לא

45. האם אתה משתמש באופן כרוני באלכוהול?

כן / לא

46. האם קיבלת חיסון נגד טטנוס ב- 10 השנים האחרונות ?

כן / לא

47. האם אתה סובל/סבלת בעבר מהפרעות במערכת כלי הדם ,

עם נטייה לדימומים , קרישת דם ? כן / לא

48. האם היית חולה/מאושפז במשך יותר משבועיים ברציפות

במהלך השנה האחרונה ? כן / לא

שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____

תאריך: _____ חותמת התחנה לרפואת ספורט: _____

26. האם סבלת אי-פעם מהמחלות הבאות ?

מונונוקלאוזיס (מחלת נשיקה) כן / לא

צהבת כן / לא

שחפת כן / לא

כיב קיבה כן / לא

סוכרת כן / לא

אם כן, מהו סוג הטיפול שהנך מקבל לאיזון הסוכרת :

האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם

(היפוגליקמיה) _____

27. מתי קיבלת לאחרונה חיסון נגד צפדת (טטנוס)

28. האם הנך סובל / סבלת בעבר מסחרחורות או חוסר שיווי

משקל ? כן / לא

29. האם אתה סובל ממחלה נוירולוגית

כן / לא

30. האם אתה סובל / סבלת בעבר מאפילפסיה או מפרוסים ?

כן / לא

אם כן , מתי היה ההתקף האחרון ?

31. האם הנך מטופל תרופתית ? _____ אם כן, פרט

32. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות עיניים, פגיעות

בעיניים (למעט משקפיים)? כן / לא

33. האם אתה סובל / סבלת בעבר מאסטמה ?

כן / לא

34. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות בדרכי העיכול ?

כן / לא

35. האם אתה סובל / סבלת בעבר מבעיות בדרכי השתן או

אברי המין ? כן / לא

שם הנבדק: _____ מס' זהות: _____

** השאלות הבאות (49-51) מיועדות לספורטאים בלבד:

49. ** באיזה גיל הופיע המחזור הראשון? _____ ** 50. ** מתי הופיע המחזור האחרון? _____

51. ** האם המחזור מופיע באורח סדיר? כן / לא

הסברים נוספים בעקבות התשובות לשאלות 1 עד 50

ממצאים ומסקנות – שאלון רפואי:

לאור הנתונים, שנמסרו בתשובות לשאלון, אין שום צורך בבדיקה נוספת. תאריך: _____

שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____ חותמת התחנה לרפואת ספורט: _____

מס' זהות: _____

שם הנבדק: _____

ממצאים ומסקנות – (למילוי על-ידי הרופא)

לאור הנתונים שהתקבלו בבדיקה הארגומטרית, בבדיקה הגופנית, בבדיקת הראייה, ולנתונים אשר נמסרו בתשובות לשאלון הרפואי (הכל בהתאם לאמור בתקנות הנהיגה הספורטיבית (כללים בדבר כשירות רפואית), תשע"א-2010)

אני החתום מטה מצהיר כי מבקש הרישיון לנהיגה ספורטיבית:

(יש לסמן במקום המתאים ולפרט בהתאם לצורך)

כשיר לפעילות בלי הגבלה.

כשיר לפעילות עם המגבלות הבאות:

אף שהנבדק אינו עומד בכללים שבתקנות אלה, ניתן לאשר לו קבלת רישיון לנהיגה ספורטיבית על כלי תחרוטי המותאם למגבלותיו.

אף שהנבדק אינו עומד בכללים שבתקנות אלה, נראה לי כי בנסיבות העניין ניתן לאשר לו רישיון לנהיגה ספורטיבית בתנאים הבאים:

בלתי כשיר לפעילות.

הערות:

חוזמת התחנה לרפואת ספורט

תאריך

חתימה וחוזמת הרופא

שם הרופא (פרטי ומשפחה)

הנבדק יחתום על ההצהרה שלהלן :

הצהרה

- אני מצהיר בזה שמסרתי מידע מלא ונכון על מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי על ידי הרופא הבודק.
- במקרה של פציעה, תאונה או אירוע רפואי במהלך נהיגה ספורטיבית, אני מאשר לסגל הרפואי המטפל בי בגין אותה פציעה, תאונה או אותו אירוע רפואי למסור את סיכום הסגל הרפואי בגין אותו טיפול לרשות המוסמכת.
- אני מתחייב בזה להודיע בכתב לרשות המוסמכת על כל שינוי משמעותי במצבי הבריאותי, בטיפול תרופתי שאני מקבל, במצב ראייתי או על מקרה שבו נפצעתי באירוע נהיגה ספורטיבית או אושפזתי לתקופה העולה על שבועיים ימים באופן שיש בו כדי להשפיע על נהיגתי ולפעול לפי הוראותיה, ומתחייב שמקרות השינוי במצבי ועד לקבלת החלטה של הרשות המוסמכת אם לאשר לי להמשיך ולנהוג נהיגה ספורטיבית, לא אנהג נהיגה ספורטיבית.
- אני מוותר על סודיות רפואית של כל הטפסים הרפואיים כלפי הרשות המוסמכת והרופא המטפל מטעמה באישור הבקשה.
- יש לסמן X במקום המתאים:
 אינני משתמש בעדשות מגע.
 אני מצהיר כי אני משתמש בעדשות מגע רכות בלבד.

חתימת הנבדק

תאריך

לגבי קטין מתחת לגיל 18: