

حالاتِ زندگی فارم ا حصہ لینے سے قبل کی جسمانی تشخیص

(توجہ طبی خدمات فراہم کنندہ سے ملاقات سے قبل مریض اور والدین اس فارم کو مکمل کریں۔ طبی خدمات فراہم کنندہ اس فارم کو طالب علم کی طبی فائل میں رکھیں۔ یہ فارم شعبہ ایتھلیٹکس (جسمانی ورزش) کو واپس نہیں کیا جائے گا)

امتحان کی تاریخ:		تاریخ پیدائش		# OSIS
آخری نام		پہلا نام		کھیل
جنس	عمر	گریڈ	اسکول	اسکول کیمپس

ادویات اور الرجیز

برائے مہربانی تمام تجاویز کردہ ادویات (prescription) اور خود خریدنے کی ادویات اور اور اضافی ادویات (جٹی بوٹی اور قدرتی) جو آپ آجکل لے رہے ہیں، درج کریں۔

کیا آپ اپنے ساتھ سانس سے لینے والی دوائی (ان بیلر) رکھ سکتے ہیں؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	کیا آپ کو ایپی پین (Epi Pen) دوائی سے الرجی ہے؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	کیا آپ کی کوئی الرجیز ہیں؟ <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں اگر ہاں، برائے مہربانی نشاندہی کریں الرجی کی تفصیل ذیل میں بیان کریں: <input type="checkbox"/> مضر کائے والے کیڑے <input type="checkbox"/> زر گل (پولن) <input type="checkbox"/> کھانا
---	---	--

"جی ہاں" کے جوابات ذیل میں تفصیل سے دیں۔ ایسے سوالات جن کے جوابات آپ کو معلوم نہیں، ان پر دائرہ لگائیں

عام سوالات	جی ہاں	جی نہیں	طبی سوالات	جی ہاں	جی نہیں
1. کیا آپ کو ڈاکٹر نے کبھی کھیلوں میں حصہ لینے سے کسی بھی وجہ سے منع کیا ہے؟			27. کیا آپ کو دوران ورزش کھانسی، خرخراہٹ یا سانس لینے میں دشواری ہوتی ہے؟		
2. کیا آپ کو فی الحال کوئی طبی مسائل ہیں؟ <input type="checkbox"/> دمہ <input type="checkbox"/> خون کی کمی <input type="checkbox"/> ذیابیطس <input type="checkbox"/> انفیکشن <input type="checkbox"/> سکل سیل (Sickle cell) یا ٹریٹ (trait) دیگر: _____			28. کیا آپ نے کبھی ان بیلر یا دمہ کی دوائی استعمال کی تھی؟		
3. کیا آپ کبھی اسپتال میں داخل کیے گئے؟			29. کیا آپ کے اہل خانہ میں سے کسی کو دمہ ہے؟		
4. کیا آپ کی کبھی سرجری ہوئی ہے			30. کیا آپ بغیر گردوں کے، یا ایک گردے کے، ایک آنکھ کے، ایک خصے (مردوں) کے، تلی کے یا کوئی عضو کے پیدا ہوئے ہیں؟		
آپ کے دل کی صحت سے متعلق سوالات			31. کیا آپ کو جانگہ میں درد (گروٹھ پین) یا درد دینے والے گومڑ یا جانگہ میں برنیا ہے؟		
5. کیا آپ کبھی ورزش کے دوران یا بعد میں بے ہوش یا تقریباً بے ہوش ہوئے ہیں؟			32. کیا آپ کو پچھلے مہینے کے دوران وائی مونونوکلکلیوسس (mononucleosis mono) ہوا تھا؟		
6. کیا آپ کو کبھی سینے میں ورزش کے دوران بے چینی، درد، کھچاو، یا سینے میں دباؤ ہوا ہے؟			33. کیا آپ کو کوئی کھچلی، زخم کا دباؤ یا جلدی مسائل ہیں؟		
7. کیا آپ کی دل کی ڈھرنک کبھی بھی آرام یا دوران ورزش تیز ہوئی یا کم ہوئی ہے؟			34. کیا آپ کو خارش یا MRSA جلدی وائی مرض ہوا تھا؟		
8. کیا آپ کو کبھی بھی ڈاکٹر نے کہا کہ آپ کو دل کا عارضہ ہے؟ اگر ایسا ہے، تو براہ کرم ان تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں۔ <input type="checkbox"/> اونچا فشارخون (ہائی بلڈ پریشر) <input type="checkbox"/> قلب میں گڑگڑاہٹ <input type="checkbox"/> ہائی کولیسٹرول (heart murmur) <input type="checkbox"/> قلب میں آلودگی (infection) <input type="checkbox"/> کاواساکی (Kawasaki) مرض دیگر: _____			35. کیا آپ کو کبھی سر میں چوٹ یا دماغی چوٹ لگی تھی؟		
9. کیا آپ کے ڈاکٹر نے آپ کے لیے دل کے معائنہ کرانے کا کہا تھا؟ (مثال کے طور پر، ECG/EKG، ایکوکارڈیوگرام)			36. کیا آپ کو کبھی بغیر وضاحت کے دورہ پڑا تھا؟		
10. کیا دوران ورزش آپ کو سر میں چکر یا درد یا توقع کے برخلاف سانس گھٹتے لگتے ہیں؟			37. کیا آپ کو کبھی سر پر ایسی چوٹ یا مار لگی ہے جس کی وجہ سے تذبذب، ہمیشہ سر میں درد یا یادداشت کے مسائل پیدا ہوئے۔		
11. کیا دوران ورزش آپ اپنے دوستوں کے مقابلے میں جلدی تھک جاتے ہیں یا سانس لینے میں دشواری ہوتی ہے؟			38. کیا آپ کو دورے پڑنے کا مرض لاحق ہے؟		
12. کیا آپ کی کبھی دل کی سرجری ہوئی ہے؟			39. کیا آپ کو کبھی مشق کے دوران درد ہوتا ہے؟		
آپ کے اہل خانہ کے قلبی صحت سے متعلق سوالات			40. کیا آپ کو کبھی ہاتھوں یا ٹانگوں میں چوٹ لگنے سے یا گر جانے پر شن بوجانا، جھنجھٹا یا کمزوری ہوتی ہے؟		
13. کیا آپ کے اہل خانہ میں کسی کو دل کی غیر معمولی ڈھرنک ہے؟			41. کیا آپ کو کبھی چوٹ لگنے یا گر جانے کے بعد حرکت کرنے میں رکاوٹ ہوئی ہے؟		
14. کیا آپ کے اہل خانہ یا رشتہ دار کی دل کے مسائل یا غیرموقع یا 50 سال سے قبل بغیر وضاحت کے اچانک موت (بشمول مدبوشی، بغیر وضاحت کے کار کا حادثہ یا اچانک طفلی سنڈروم) واقع ہوئی ہے؟			42. کیا آپ کو کبھی گرمی میں مشق کرتے ہوئے بیمار ہوئے ہیں؟		
15. کیا آپ کے اہل خانہ میں کسی کو دل کا مرض لاحق ہے یا پیس میکر (pacemaker) یا ڈی فیبریلیٹر (defibrillator) لگا ہوا ہے؟			43. کیا آپ کو اکثر مشق کے دوران پٹھوں میں کچھا ہوتا ہے؟		
16. کیا آپ کے اہل خانہ میں کسی کو بغیر وضاحت کے بے ہوشی، بغیر وجہ کا دورہ، یا تقریباً مدبوشی ہوتی ہے؟			44. کیا آپ کو آنکھوں یا بصارت کے کوئی مسائل ہیں؟		
17. کیا آپ کو یا آپ کے اہل خانہ میں کسی کو سکل سیل (sickle cell) کی خاصیت (trait) یا مرض لاحق ہے؟			45. کیا آپ کو کبھی آنکھوں میں چوٹ لگی تھی؟		
بڈی اور جوڑوں سے متعلق سوالات			46. کیا آپ عینک یا کونٹیکٹ لینس لگاتے ہیں؟		
18. کیا آپ کو کبھی بڈی، پٹھے (muscle)، ہافٹوں (ligament)، عصبی پٹھے (tendon) میں چوٹ لگی ہے جسکی وجہ سے آپ مشکوں یا کھیل میں نہ جا سکے ہوں؟			47. کیا آپ آنکھ کی حفاظت کے سامان جیسے عینک یا چہرے پر شیلڈ کا استعمال کرتے ہیں؟		
19. کیا کبھی آپ کی ہڈیاں ٹوٹی یا سکستھ (fracture) ہوئی ہیں یا جوڑ اپنی جگہ سے ہٹیں ہیں؟			48. کیا آپ کو بھرے پن یا آپکو سماعت کے مسائل ہیں؟		
20. کیا آپ کو ایسی چوٹ لگی ہے جس کی وجہ سے آپ کو ایکس رے، ایم آر آئی، سی ٹی سکین، انجیکشن علاج، جوڑ (brace)، پلاسٹری یا بیساکھی کے ضرورت ہوئی ہو؟			49. کیا آپ کو اپنے وزن کی پریشانی ہے؟		
21. کیا آپ کو کبھی اعصابی خلل (stress) ہوا ہے؟			50. کیا آپ چاہ رہے ہیں یا کسی نے آپ کو تجویز کیا ہے کہ آپ کا وزن بڑھ یا گر رہا ہے؟		
22. کیا کبھی آپ کو بتایا گیا ہے یا آپ نے کبھی گردن کے عدم استقلال (instability) کی وجہ سے آپ نے ایکس رے کرایا ہے؟ (پیدائشی دماغی خلل (Down syndrome) یا یونا پن (dwarfism))			51. کیا آپ کو کوئی خاص غذا لے رہے ہیں یا چند قسم کے کھانوں سے اجتناب کر رہے ہیں؟		
23. کیا آپ مستقل بریس (brace)، آرٹھوٹکس (orthotics) یا دیگر آلہ کا استعمال کرتے ہیں؟			52. کیا آپ کو کھانے کی وجہ سے کوئی مسئلہ ہے؟		
24. کیا آپ کو بڈی، پٹھے یا جوڑوں کی چوٹ ہے جو آپ کو پریشان کرتی ہے؟			53. کیا آپ کو کوئی ایسی تشویش ہے جس کی وجہ سے آپ کسی ڈاکٹر سے بات کرنا چاہتے ہیں؟		
25. کیا آپ کو طفلی آرٹھرائٹس (juvenile arthritis) یا ریشوں کے جڑے (connective tissue) کا مرض ہے؟			54. کیا آپ کو کوئی طبی مسائل ہیں؟		
26. کیا آپ کے کسی بھی جوڑوں میں درد، سوجن، گرمائش ہے یا سرخ دکھائی دے رہا ہے؟			صرف لڑکیوں کے لیے		
			55. کیا آپ کو کبھی حیض آیا ہے؟		
			56. کیا آپ کے حیض کے کوئی مسائل (شدید کھچاو/cramps)، زیادہ خون بہنا) ہیں؟		
			57. آپ کو آخری حیض کب آیا تھا؟		
			58. آپ کو حیض کتنے وقفے سے آتے ہیں؟		
"جی ہاں" جوابوں کی یہاں وضاحت کریں					

والدین / سرپرست کا نام	میں نے طبی تاریخ کا جائزہ لیا اور میں بذریعہ ہذا کہوں گا / گی کہ اپنی بہترین معلومات کے مطابق، مندرجہ بالا سوالات کے جوابات مکمل اور صحیح ہیں۔ میں _____ کو اجازت دیتا / دیتی ہوں کہ (بچے کا نام) کا ایک جسمانی معائنہ کرایا جائے، جس میں ایک منی کی نالی (inguinal) اور خصیے (testicular) کا معائنہ لڑکوں میں، اور رحم کی نالی کا معائنہ لڑکیوں میں، شامل ہے۔ اگر یہ معائنہ اسکول کی طرف سے کرایا کیا جاتا ہے، میں متفق ہوں کہ اگر آیا میں یا میرا بچہ ان شعبوں کا معائنہ کرانے سے انکار کرتے ہیں، OSH طبی خدمات فراہم کنندہ اس فارم کو مکمل کرنے اور میرے بچے کو شرکت کرنے کی حمایت کرنے سے قاصر رہے گا۔
والدین / سرپرست کے دستخط	تاریخ
فون نمبر	



PHYSICAL EXAMINATION FORM | Preparticipation Physical Evaluation

NOTE: The medical provider should keep this form in the student's medical file. This form does not get returned to the athletic department.

Last Name		First Name		Date of Birth	
School/Campus/ATSDBN			Grade	OSIS#	

STUDENT'S HISTORY FORM REVIEWED BY MEDICAL PROVIDER	YES NO
PHYSICIAN REMINDER - Consider the questions below	COMMENTS
Do you feel safe at your home or residence?	
Do you feel safe at school?	
Do you ever feel stressed out or under a lot of pressure?	
Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?	
Have there been any changes in your weight?	
Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?	
Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplement?	
Have you ever tried cigarettes, alcohol, or other drugs?	
During the past 30 days, did you use cigarettes, alcohol or other drugs?	
Are you sexually active?	
Are you using contraceptives?	
Do you wear a seat belt?	

EXAMINATION			
Height	Weight	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
BP	Pulse	Vision	Corrected
_____ / _____		R20/ _____ L20/ _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP)		
Eyes/ears/nose/throat • Pupils equal • Hearing		
Lymph nodes		
Heart^a • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) • Location of point of maximal impulse (PMI)		
Pulses • Simultaneous femoral and radial pulses		
Lungs		
Abdomen		
Genitourinary (males only)^b		
Skin • HSV, lesions suggestive of MRSA, tinea corporis		
Neurologic^c		

MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back (including scoliosis screening)		
Shoulder/arm		
Elbow/forearm		
Wrist/hand/fingers		
Hip/thigh		
Knee		
Leg/ankle		
Foot/toes		
Functional • Duck-walk, single leg hop		

^a Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam.^b GU exam must be done in a private setting; the presence of a third party/chaperone is needed. It should not be performed in mass participation settings. ^cconsider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion. I have examined the above named student and completed the pre-participation physical examination. The athlete may/may not participate in the sport(s) outlined on the Recommendations for Participation in Physical Education and Sports form. This form may be rescinded until the potential consequences of the health issue are explained to both the student and his/her parents, and the health issue has been resolved. All information and recommendations contained herein are valid through the last day of the month for 12 months from the date below.

Name of medical provider (print/type)	Date	License/NPI Number
Address	Phone	
Signature of Medical Provider		
		MD/DO/NP/PA
		STAMP HERE

