**فرم رضایت نامه**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی:  | سن:  | جنسیت:  | تاریخ ارزیابی: |
| آدرس و شماره تماس | ایمیل: |

**اینجانب** ............................................ متقاضی شرکت در برنامه فعالیت بدنی مرکز تندرستی دانشگاه شهید بهشتی هستم. بدینوسیله اعلام می دارم که از هرگونه آسیب بدنی وارده ناشی از استفاده و بکارگیری از تجهیزات ورزشی مقاومتی و هوازی مرکز تندرستی چشم پوشی می نمایم. این احتمال وجود دارد که تغییرات غیرطبیعی در حین ورزش و فعالیت بدنی به وجود آید. هرگونه تلاشی جهت کاهش و به حداقل رساندن میزان آسیب در حین فعالیت از طریق معاینات و بررسی های بالینی و پزشکی اولیه توسط متخصصان مرکز اجرا می گردد. در نهایت اینجانب از خطرات فوق مطلع بوده و موافق شرکت در برنامه فعالیت بدنی فوق هستم. بر اساس اطلاعات خودم بدینوسیله اعلام می دارم که هیچ گونه محدودیت و بیماری جهت شرکت در برنامه فعالیت بدنی هوازی و مقاومتی ندارم.

 امضاء تاریخ

تمام شرکت کنندگان در برنامه فعالیت بدنی مرکز تندرستی و سالن های مرتبط با آن باید قبل از شرکت، تحت معاینه پزشک متخصص قرار گیرند. در صورت اجتناب و خودداری شرکت کننده ای از مراجعه به پزشک، باید پارگراف های زیر را تایید و امضاء کند.

**اینجانب**، ................................................ از نیاز به معاینه و تایید پزشک جهت شرکت در برنامه تمرین و فعالیت بدنی توسط متخصص علوم ورزشی مستقر در مرکز تندرستی مطلع گردیدم. من کاملا از ماهیت برنامه فعالیت بدنی فوق اطلاع دارم.

**اینجانب**، ..............................................، مسئولیت کامل سلامتی جسمانی خود جهت شرکت در برنامه فعالیت بدنی هوازی و مقاومتی مرکز تندرستی را بر عهده می گیرم و مرکز تندرستی را مسئول هیچ گونه آسیب احتمالی در این زمینه نمی دانم.

 امضاء تاریخ

**پرسشنامه تعیین آمادگی جهت فعالیت بدنی (PAR-Q)**

پرسشنامه PAR-Q جهت کمک و راهنمایی شما طراحی گردیده است. فعالیت بدنی منظم همراه با فواید سلامتی زیادی است ولی قبل از افزایش میزان فعالیت بدنی در زندگی روزمره بهتر است به سوالات پرسشنامه فوق پاسخ دهید. برای بیشتر افراد ماهیت فعالیت بدنی خطرساز نیست اما پرسشنامه PAR-Q جهت شناسایی افراد مستعد آسیب طراحی گردیده است. لطفا سوالات زیر را با دقت خوانده و به آنها جواب دهید.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سوال** | **بله** | **خیر** |
| **1** | **آیا تا به حال سابقه بیماری قلبی داشته اید؟** |  |  |
| **2** | **آیا در ناحیه قلب و قفسه سینه خود به طور مکرر احساس درد دارید؟** |  |  |
| **3** | **آیا اغلب احساس ضعف یا سرگیجه شدید دارید؟**  |  |  |
| **4** | **آیا دارای فشار خون بالا و سابقه قبلی پرفشار خونی هستید؟** |  |  |
| **5** | **آیا سابقه بیماری های اسکلتی و مفصلی از قبیل آرتریت که توسط فعالیت بدنی ممکن است بدتر شود را دارید؟** |  |  |
| **6** | **آیا دارای مشکلی غیر از موارد فوق هستید که از فعالیت بدنی منع شده باشید؟** |  |  |
| **7** | **آیا سن شما بالای 65 سال است و سابقه فعالیت بدنی منظم ندارید؟** |  |  |

* اگر به یک یا چند مورد از سوالات فوق جواب **بله** داده اید:
* باید قبل از اینکه برنامه فعالیت بدنی خود را شروع کنید به پزشک خود به صورت حضوری مراجعه و مواردی که جواب **بله** داده اید را با او در میان بگذارید. بعد از ارزیابی پزشکی، توصیه های پزشک خود در زمینه فعالیت بدنی را اجرا کنید. ممکن است محدودیتی جهت شروع فعالیت بدنی تدریجی نداشته باشید و یا به شما توصیه شود تحت نظارت و کنترل به فعالیت بدنی بپردازید.
* اگر به تمام سوالات فوق جواب **خیر** داده اید:
* اگر به تمام سوالات فوق به دقت جواب خیر داده اید شما آمادگی لازم جهت شروع برنامه فعالیت بدنی تدریجی و آزمون های آمادگی جسمانی را دارید.

**تاییدیه پرسشنامه PAR-Q**

 نام و نام خانوادگی: ......................................................... امضاء:........................................................................... تاریخ:...................................

**فرم سابقه پزشکی**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی:  | سن:  | جنسیت:  | تاریخ ارزیابی: |
| آدرس و شماره تماس: | قد: | وزن: | تاریخ تولد: |
| شغل: | محل اشتغال: |
| نام و شماره تماس در مواقع ضرورت: | ایمیل: |

آیا در حال حاضر داروی خاصی مصرف می کنید؟ بله.............. خیر ................

در صورت مصرف دارو، لیست آنها و دلایل مصرف را ذکر کنید: ................................................................................................................................................

آیا پزشک شما از شرکت شما در برنامه فعالیت بدنی اطلاع دارد؟ بله.............. خیر ................

سابقه فعالیت بدنی که تا حدی به طور منظم اجرا کرده اید را بیان کنید: ....................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سوال** | **بله** | **خیر** |
| **1** | **آیا سابقه بیماری های قلبی، درد در ناحیه قفسه سینه یا سکته مغزی داشته اید؟** |  |  |
| **2** | **فشار خون بالا؟** |  |  |
| **3** | **هرگونه بیماری مزمن؟** |  |  |
| **4** | **هرگونه مشکل در ارتباط با فعالیت بدنی؟** |  |  |
| **5** | **توصیه پزشک مبنی بر پرهیز از فعالیت بدنی؟** |  |  |
| **6** | **جراحی (حداقل 12 ماه گذشته)؟** |  |  |
| **7** | **بارداری و زایمان (در حال حاضر یا 3 ماه گذشته)؟** |  |  |
| **8** | **سابقه بیماری های تنفسی و ریوی (آسم)؟** |  |  |
| **9** | **اختلالات و بیماری های عضلانی، مفصلی یا کمر درد؟** |  |  |
| **10** | **بیماری دیابت یا تیروئید؟** |  |  |
| **11** | **اعتیاد به سیگار و دخانیات؟** |  |  |
| **12** | **آسیب های قبلی که هنوز بر شما تاثیر سوء دارد؟** |  |  |
| **13** | **چاقی (بیشتر از 20 درصد از وزن ایده آل شما)؟** |  |  |
| **14** | **کلسترول خون بالا؟** |  |  |
| **15** | **فتق و هر بیماری که با بلند کردن وزنه حادتر می شود؟** |  |  |
| **16** | **سابقه بیماری قلبی در خانواده؟** |  |  |

* لطفا هر کدام از سوالات فوق که به آن جواب **بله** داده اید را توضیح دهید: ..............................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................../

اینجانب، ......................................................................... بدینوسیله تمام اطلاعات مرتبط با سابقه پزشکی خود را تایید و تصدیق می کنم.

 نام و نام خانوادگی: ......................................................... امضاء:........................................................................... تاریخ:...................................

تاریخ: .......................

 شماره: .....................

 پیوست: .....................

**فرم تاییدیه پزشکی**

**پزشک محترم:**

با سلام و احترام، بدینوسیله به استحضار می رساند آقای/ خانم ......................................................قصد شروع برنامه فعالیت بدنی در قالب تمرین هوازی و مقاومتی (با وزنه) در مرکز تندرستی دانشگاه شهید بهشتی را دارد. لطفا بر اساس اطلاعات مندرج در فرم سابقه پزشکی پیوست، نظر خود در مورد شروع یا محدودیت وی از فعالیت بدنی فوق الذکر را بیان دارید. اگر وی داروی خاصی مصرف می کند که بر ضربان قلب وی در واکنش به ورزش تاثیر می گذارد لطفا واکنش قلب وی به فعالیت بدنی (افزایش، کاهش یا بدون تغییر) را بیان کنید:

**نوع دارو:** ..................................................................................................................................................................................

**تاثیر:** .........................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................

* پزشک محترم، لطفا هرگونه توصیه یا محدودیت در مورد نحوه اجرای فعالیت بدنی بیمار فوق را بیان کنید:

**تعداد جلسات فعالیت بدنی در هفته:** ..............................................................................................................

**شدت فعالیت بدنی:** ..............................................................................................................................................

**مدت زمان فعالیت:** ................................................................................................................................................

**نوع فعالیت بدنی:** ...................................................................................................................................................

**نام و نام خانوادگی پزشک**: ........................................................... **تاریخ**: ...................................................

**مهر و امضاء:** ............................................................................................ **شماره تماس:** ....................................

با کمال تشکر از همکاری صمیمانه شما،

مسئول مرکز تندرستی و مشاوره ورزشی دانشگاه شهید بهشتی امضاء و تاریخ: .......................................