

שם הנבדק: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_

**טופס 1**

**בדיקה ארגומטרית** (טופס זה מיועד למבקש רישיון נהיגה בפעם הראשונה בכל גיל, ולמבקש להחדשו 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ מ"מ כספית  
 אק"ג במאמץ \_\_\_\_\_ הבדיקה בוצעה על מסילה / על אופניים \*  
 אק"ג בהתאוששות \_\_\_\_\_ \* מחק את המיותר  
 דופק במנוחה \_\_\_\_\_ פעימות 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: \_\_\_\_\_

חותמת הרופא \_\_\_\_\_ חותמת התחנה לרפואת ספורט \_\_\_\_\_ חתימת הרופא \_\_\_\_\_ חותמת הרופא \_\_\_\_\_

תאריך הבדיקה \_\_\_\_\_

שם הנבדק: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_

**טופס 2**

**בדיקה גופנית לנהיגה ספורטיבית**

מקום הבדיקה: \_\_\_\_\_ תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_ (תיערך לא יותר מ 3 חודשים לפני בקשת

**הרישיון).**

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 בדקה .

<p> <b>ראש:</b> עיניים _____                  אוזניים _____                  אף וגרון _____  <b>צוואר:</b> בלוטת התריס _____                  קשרי לימפה _____                  בית החזה: ריאות _____                  לב _____                  דפקים פריפריים _____             </p>		<p> <b>בטן:</b> כבד _____                  טחול _____                  מפשעה ( שבר בלוטות לימפה ) _____  <b>עור:</b> _____                  אברי המין: _____             </p>
--	--	---

בדיקת עצמות ושרירים ( בדיקה אורתופדית ) \_\_\_\_\_  
 מפרקים ( היקף תנועה , סימטריה ורפיון , יציבות הברכיים ) \_\_\_\_\_  
 עמוד שדרה \_\_\_\_\_  
 גפיים ( דפורמציות , צליעה , כוח ) \_\_\_\_\_  
 כפות רגליים ( דפורמציות ) \_\_\_\_\_

פירוט ( אם לא תקין )	ב:	האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות
_____	לא תקין <input type="checkbox"/>	קואורדינציה _____
_____	לא תקין <input type="checkbox"/>	בדיקת תפקודי נשימה _____
_____	לא תקין <input type="checkbox"/>	מערכת עצבים מרכזית _____
_____	לא תקין <input type="checkbox"/>	פריפריית _____

\* מחק את המיותר

חותמת הרופא \_\_\_\_\_ חתימת הרופא \_\_\_\_\_  
 חותמת התחנה לרפואת ספורט \_\_\_\_\_ תאריך הבדיקה \_\_\_\_\_

שם הנבדק: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_

### ממצאי בדיקות ראייה

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

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 \_\_\_\_\_ 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 דווח לך אי פעם על אוושה או רשרוש בלבך? כן / לא
13. האם היתה לך הרגשה של דפיקות לב עזות או חוסר פעימה בלב? כן / לא
14. האם מישהו במשפחתך נפטר מבעיות לב או מוות פתאומי אחר לפני שמלאו לו 40 שנה? כן / לא
15. האם אתה סובל מבעיות עור (גירוד, נקודות חן או עור שסוע)? כן / לא
16. האם נפגעת פגיעת ראש אי-פעם? כן / לא
17. האם היה לך זעזוע מוח? כן / לא
18. האם סבלת בעבר מכאבי ראש תכופים או קשים? כן / לא
19. האם יש הפרעות במהירות תגובה? כן / לא
20. האם יש הפרעות זיכרון? כן / לא
21. האם קיימת בעיה של התמצאות בזמן ובמקום? כן / לא
22. האם סבלת אי-פעם מהתכווצויות – חום? כן / לא
23. האם איבדת אי-פעם הכרה בחום? כן / לא
24. האם אתה משתמש במדרסים או בתומכים? כן / לא

1. האם אושפזת אי פעם? כן / לא
  2. האם עברת ניתוח? כן / לא
  3. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? כן / לא
  4. האם יש לך רגישות יתר (אלרגיה) (לתרופות, לדבורים וכו')? כן / לא
  5. האם אירע לך אירוע של איבוד הכרה בזמן מאמץ? כן / לא
  6. האם היה לך דום נשימה? אם כן, האם מטופל? כן / לא
  7. האם סבלת כאבים בחזה בזמן מאמץ? כן / לא
  8. האם סבלת מסחרחורת בזמן מאמץ? כן / לא
  9. האם אתה מתעייף יותר מחבריך לפעילות בזמן מאמץ? כן / לא
  10. האם אתה סובל מיתר לחץ דם? כן / לא
- אם כן,** מהו סוג הטיפול שהנך מקבל לאיזון לחץ דם \_\_\_\_\_
11. האם הנך סובל / סבלת בעבר ממחלת לב או מהפרעה בקצב הלב? כן / לא
  25. האם נפצעת אי-פעם באחד מן הבאים (נקע, פריקה, או שבר)?

מותן \_\_\_\_\_ כן / לא  
 ירך \_\_\_\_\_ כן / לא  
 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

מס' זהות: \_\_\_\_\_

שם הנבדק: \_\_\_\_\_

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

• מחק את המיותר.

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 הרופא: \_\_\_\_\_ חתימת הרופא: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חותמת התחנה לרפואת ספורט: \_\_\_\_\_

מס' זהות: \_\_\_\_\_

שם הנבדק: \_\_\_\_\_

\*\* השאלות הבאות (49-51) מיועדות לספורטאיות 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: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

שם הנבדק: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_

**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:

שם הרופא (פרטי ומשפחה) \_\_\_\_\_ חתימה וחזמת הרופא \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חזמת התחנה לרפואת ספורט \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**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: