

(দ্রষ্টব্য: এই ফর্মটি রোগী এবং পিতামাতা কর্তৃক চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীর সাথে সাক্ষাতের আগে পূরণ করতে হবে। চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীর এই ফর্মটি শিক্ষার্থীর মেডিক্যাল ফাইলে সংরক্ষণ করা উচিত। এই ফর্মটি ক্রীড়াবিষয়ক বিভাগ বা অ্যাথলেটিক ডিপার্টমেন্টে যাবে না।)

পরিষ্কার তারিখ				জন্মতারিখ		OSIS#	
শেষ নাম			প্রথম নাম			স্পোর্টস(সমূহ)	
লিঙ্গ	বয়স	গ্রেড	স্কুল	স্কুল ক্যাম্পাস			

## ঔষধ এবং অ্যালার্জিসমূহ

অনুগ্রহ করে যেসকল প্রেসক্রিপশন ও ওভার-দ্যা-কাউন্টার ঔষধ এবং সাপ্লিমেন্টগুলো (হাৰ্বাল ও পুষ্টিগত বা নিউট্রিশনাল) আপনি বর্তমানে সেবন করছেন সেগুলো তালিকাভুক্ত করুন।

আপনার কি কোনও অ্যালার্জি আছে? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত সুনির্দিষ্ট অ্যালার্জি শনাক্ত করুন:						আপনি কি একটি ইনহেলার বহন করেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
<input type="checkbox"/> ঔষধ <input type="checkbox"/> পরাগ বা পোলেন <input type="checkbox"/> খাবার <input type="checkbox"/> পোকাকার কামড় <input type="checkbox"/> লেটেক্স						আপনি কি একটি এপি পেন বহন করেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	

## আপনার দেয়া হ্যাঁ উত্তরটি ব্যাখ্যা করুন। যে প্রশ্নটির উত্তর আপনি জানেন না সেগুলোতে বৃত্ত আঁকুন।

সাধারণ প্রশ্নাবলী	হ্যাঁ	না	চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রশ্নাবলী	হ্যাঁ	না
1. আপনাকে কোন স্পোর্টস-এ অংশগ্রহণ কোন কারণে কোনও ডাক্তার কি কখনো নিষেধ অথবা সীমিত করেছে?			25. আপনার কি কৈশোরকালের হাড্ডি ব্যথা (জুভেনাইল আর্থরাইটিস) অথবা সংযোজক টিস্যু রোগ (কোনেক্টিভ টিস্যু ডিজিজ)-এর ইতিহাস ছিল?		
2. আপনার কি কোন অব্যাহত চিকিৎসাগত অবস্থা রয়েছে? যদি হ্যাঁ হয়, দয়া করে নিচে শনাক্ত করুন: <input type="checkbox"/> শ্বাসকষ্ট (অ্যাজমা) <input type="checkbox"/> রক্তশূন্যতা (অ্যানিমিয়া) <input type="checkbox"/> বহুমূত্ররোগ (ডায়াবেটিস) <input type="checkbox"/> সংক্রমণ (ইনফেকশন) <input type="checkbox"/> সিকেল সেল অসুস্থতা বা লক্ষণ অন্যান্য: _____			26. আপনার কি কোনও সন্ধি বা জয়েন্ট ব্যথা, ফোলা, গরম হয়ে যাওয়া, অথবা লালচে হয়?		
3. আপনি কি কখনও হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন?			27. ব্যায়ামের সময় বা পরে আপনার কি কাশি, শ্বাস নেয়ার সময় শব্দ, অথবা শ্বাস কষ্ট হয়?		
4. আপনার কি কখনও সার্জারী হয়েছিল?			28. আপনি কি কখনও ইনহেলার অথবা অ্যাজমার ঔষধ গ্রহণ করেছেন?		
<b>আপনার হার্ট (হৃৎপিণ্ড) সংক্রান্ত প্রশ্নাবলী</b>			29. আপনার পরিবারের কারো অ্যাজমা আছে কি?		
5. আপনি কি কখনও ব্যায়ামের সময় বা পরে অজ্ঞান অথবা প্রায় অজ্ঞান হয়ে গিয়েছেন?			30. আপনি কি জন্মের সময় অথবা পরবর্তীকালে একটি কিডনী, একটি চোখ, একটি অস্ত্রকোষ বা টেস্টিক্যাল (পুরুষ), আপনার প্লীহা বা স্প্লীন, অথবা অন্য কোন অঙ্গ হারিয়েছেন?		
6. আপনি কি কখনও ব্যায়ামের সময় বুকে অস্বস্তি, ব্যথা, টান, অথবা চাপ বোধ করেছেন?			31. আপনার কি কুঁচকিতে (প্র্যেয়েন) ব্যথা অথবা একটি ব্যথায়ুক্ত ফোলা অথবা কুঁচকি এলাকায় হানিয়া আছে?		
7. যখন বিশ্রাম বা ব্যায়ামের সময় আপনার হৃদস্পন্দন কি কখনও দ্রুত হয়েছে বা বাদ পরেছে?			32. আপনি কি গত মাসে সংক্রামক মনোনিউক্লিওসিস (মনো)-তে আক্রান্ত হয়েছিলেন?		
8. কোনও ডাক্তার আপনাকে কি কখনও আপনার হার্ট সমস্যা আছে বলে জানিয়েছে? যদি হ্যাঁ হয়, প্রয়োজ্য সবগুলোতে টিক চিহ্ন দিন: <input type="checkbox"/> উচ্চ রক্তচাপ <input type="checkbox"/> হৃৎপিণ্ডে অস্বাভাবিক আওয়াজ <input type="checkbox"/> উচ্চমাত্রার কলোস্টরোল <input type="checkbox"/> হৃৎপিণ্ডে সংক্রমণ (ইনফেকশন) <input type="checkbox"/> কাওয়্যাসিক অসুস্থতা, অন্যান্য: _____			33. আপনার কি কোন র্যাশ, একস্থানে অধিকক্ষণ চাপের কারণে ব্যথা (প্রেসার সোর), অথবা ছক্কে অন্য কোনও সমস্যা রয়েছে?		
9. একজন ডাক্তার কি কখনও হার্ট পরীক্ষা করতে বলেছেন? (যেমন, ECG/EKG, ইকোকার্ডিওগ্রাম)			34. আপনার কি কখনও হারপিস অথবা MRSA ছক্কে সংক্রমণ হয়েছিল?		
10. আপনার কি ব্যায়ামের পর মাথা ঘোরায় অথবা যতটুকু হওয়া উচিত তার চেয়ে বেশী শ্বাস কষ্ট হয়?			35. আপনার কি কখনও মাথায় আঘাত অথবা কনকেশন হয়েছিল?		
11. ব্যায়ামের সময় আপনার বন্ধুর চেয়ে আপনি দ্রুত ক্লান্ত অথবা শ্বাস কষ্টে আক্রান্ত হোন?			36. আপনার কি কখনও ব্যাখ্যাতীত কারণে খিঁচুনি বা সিজার হয়েছিল?		
12. আপনার কি কখনও হার্ট সার্জারী হয়েছে?			37. আপনি কি কখনও মাথায় বাড়ি বা আঘাত পেয়েছিলেন যে কারণে বিভ্রান্তি, দীর্ঘকালীন মাথাব্যথা, অথবা স্মৃতিতে সমস্যা হয়েছিল?		
<b>আপনার পরিবারের হৃৎপিণ্ড (হার্ট) স্বাস্থ্য সংক্রান্ত প্রশ্নাবলী</b>			38. আপনার কি খিঁচুনি বা সিজার ব্যাধির ইতিহাস রয়েছে?		
13. আপনার পরিবারের কারো কি অনিয়মিত হৃদস্পন্দন আছে?			39. আপনার কি ব্যায়াম করলে মাথাব্যথা হয়?		
14. আপনার পরিবারের কোন সদস্য বা আত্মীয় হৃদরোগে মারা গিয়েছে অথবা অনাকাঙ্ক্ষিত বা অজানা কারণে 50 বছরের আগে হঠাৎ মৃত্যুবরণ করেছে (এতে অন্তর্ভুক্ত পানিতে ডোবা, ব্যাখ্যাতীত গাড়ি দুর্ঘটনা, অথবা সাডেন ইনফ্যান্ট ডেথ সিনড্রোম)?			40. আপনি কি আঘাত পাবার বা পড়ে যাবার পর বাহুতে বা পা অবশ, শিহরণ, অথবা দুর্বলতা বোধ করেছেন?		
15. আপনার পরিবারের কারো কি হৃদযন্ত্রে সমস্যা, পেসমেকার, অথবা ডিফিব্রিলেটর রয়েছে?			41. আপনি কি আঘাত পাবার বা পড়ে যাবার পর বাহু বা পা নাড়াতে অক্ষম হয়েছিলেন?		
16. আপনার পরিবারের কারো কি ব্যাখ্যাতীত কারণে অজ্ঞান, খিঁচুনি, অথবা নিয়ার ড্রাওনিং হয়েছে?			42. আপনি প্রচণ্ড গরমে ব্যায়াম করার সময় কি কখনও অসুস্থ বোধ করেছেন?		
17. আপনার অথবা আপনার পরিবারের কারো কি সিকেল সেল অসুস্থতা বা লক্ষণ রয়েছে?			43. ব্যায়ামের সময় আপনার কি প্রায়শই পেশিতে টান পড়ে?		
<b>হাড় এবং সন্ধি (জয়েন্ট) সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী</b>			44. আপনার কি চোখ বা দৃষ্টিতে সমস্যা আছে?		
18. আপনি কি কখনও হাড়, পেশী, সন্ধিবন্ধনী (লিগামেন্ট), অথবা পেশীবন্ধ (টেন্ডন)-এ আঘাত পেয়েছিলেন যে কারণে আপনি কোনও অনুশীলন বা খেলায় অংশগ্রহণ করতে পারেননি?			45. আপনি কি চোখে ব্যথা পেয়েছিলেন?		
19. আপনার কি কখনও হাড় ভেঙ্গে বা ফেটে গিয়েছিল, অথবা সন্ধি (জয়েন্ট) স্থানচ্যুত হয়েছিল?			46. আপনি কি চশমা অথবা কন্টাক্ট লেন্স ব্যবহার করেন?		
20. আপনার কি কখনও আঘাতের কারণে এক্স-রে, MRI, CT স্ক্যান, ইঞ্জেকশন, থেরাপী, একটি ব্রেইস, একটি ক্যাস্ট, অথবা ক্রাচ প্রয়োজন হয়েছিল?			47. আপনি কি চোখের সুরক্ষামূলক কিছু ব্যবহার করেন, যেমন গগলস্ অথবা ফেস শিল্ড?		
21. আপনার কি কখনও স্ট্রেস ফ্র্যাকচার বা অতিরিক্ত ব্যবহারে হাড় ফেটে গিয়েছিল?			48. আপনার কি কখনও শ্রবণশক্তি হ্রাস অথবা শোণায় সমস্যা হয়েছিল?		
22. আপনি কি কখনও ঘাড়ের অস্থায়ীভাবে এক্স-রে করতে বলা হয়েছিল বা করতে হয়েছিল? (ডাউন সিন্ড্রোম অথবা ডোয়াফিজম)			49. আপনি কি ওজন নিয়ে চিন্তিত?		
23. আপনি কি নিয়মিতভাবে ব্রেইস, অর্থডন্টিকস্, বা অন্য কোন ডিভাইস ব্যবহার করেন?			50. ওজন বৃদ্ধি বা কমানোর জন্য আপনি কি চেষ্টা করছেন অথবা কেউ কি সুপারিশ করেছেন?		
24. আপনি কি কোন হাড়, পেশী, বা সন্ধি (জয়েন্ট)-এ আঘাতের কারণে কষ্ট করছেন?			51. আপনি কি কোন স্পেশাল ডায়েটে আছেন অথবা কোন বিশেষ প্রকার খাবার এড়িয়ে যাচ্ছেন?		
				<b>শুধুমাত্র নারীদের জন্য</b>	
				52. আপনার কি কখনও খাদ্যাভাস সমস্যা (ইটিং ডিসঅর্ডার) হয়েছিল?	
				53. আপনার কি কোনও উদ্বেগ আছে যা আপনি একজন ডাক্তারের সাথে আলোচনা করতে চান?	
				54. আপনার কি অন্য কোনো চিকিৎসাগত সমস্যা রয়েছে?	
				55. আপনার কি কখনও মেনস্ট্রুয়াল পিরিয়ড (মাসিক) হয়েছে?	
				56. আপনার কি পিরিয়ড নিয়ে কোনও সমস্যা রয়েছে (প্রচণ্ড ব্যথা বা ক্র্যাম্প, অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ)?	
				57. আপনার শেষ কবে পিরিয়ড হয়েছে?	
				58. আপনার কতদিন পর পর পিরিয়ড হয়?	
<b>আপনার দেয়া "হ্যাঁ" উত্তরটি এখানে ব্যাখ্যা করুন</b>					

আমি হিস্টরি ফর্মটি পর্যালোচনা করেছি এবং আমি এই মর্মে বিবৃতি দিচ্ছি যে, আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুযায়ী, উপরের উত্তরগুলো সম্পূর্ণ এবং সঠিক। আমি আমার সন্তান, _____ (সন্তানের নাম)-কে স্বাস্থ্য পরীক্ষার জন্য অনুমতি দিচ্ছি, যেটায় অন্তর্ভুক্ত থাকবে ছেলের জন্য কুঁচকি এবং অস্ত্রকোষ (ইনগুইনাল ও টেস্টিক্যাল) পরীক্ষা এবং মেয়েদের জন্য কুঁচকি (ইনগুইনাল) পরীক্ষা। যদি এই স্বাস্থ্য পরীক্ষা কোন স্কুল সেটিংয়ে সম্পন্ন হয়, তবে আমি বুঝি যে যদি আমি অথবা আমার সন্তান এই স্থানে স্বাস্থ্য পরীক্ষায় সম্মত না থাকি, তবে OSH চিকিৎসা সেবা প্রদানকারী এই ফর্মটি পূরণ করতে সক্ষম হবেন না এবং আমার সন্তানকে অংশগ্রহণে অনুমোদন (ক্রিয়ার) করতে পারবেন না।	পিতামাতা/অভিভাবকের নাম
	পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর
	তারিখ
	ফোন #:



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

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

<sup>a</sup> Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam. <sup>b</sup> 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. <sup>c</sup> consider 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



# RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION & SPORTS

To be completed by student's health care provider or school medical provider

Last Name	First Name	OSIS#	Grade
-----------	------------	-------	-------

School/Campus/ATSDBN \_\_\_\_\_

**CLEARED FOR ALL SPORTS WITHOUT RESTRICTION**

**NOT CLEARED**    **Duration:** \_\_\_\_\_

**NOT CLEARED PENDING FURTHER EVALUATION**    **Duration:** \_\_\_\_\_

**CLEARED FOR ALL SPORTS WITHOUT RESTRICTION WITH RECOMMENDATIONS FOR FURTHER EVALUATION OR TREATMENT FOR:** \_\_\_\_\_

**CLEARED WITH RESTRICTIONS/ADAPTATIONS/ACCOMMODATIONS**    **Duration:** \_\_\_\_\_

**NO CONTACT SPORTS:**  
 includes basketball, competitive cheerleading, diving, field hockey, football (tackle), gymnastics, ice hockey, lacrosse, rugby, soccer, stunt, wrestling

**NO LIMITED CONTACT SPORTS:**  
 includes baseball, cross-country skiing, fencing, flag football, handball, high jump, ice skating, pole vault, skiing, softball, volleyball

**NO NON-CONTACT SPORTS:** includes archery, badminton, bowling, cricket, discus, double dutch, golf, javelin, race walking, rifle, shot-put, swimming, table tennis, tennis, track & field

**OTHER RESTRICTIONS** \_\_\_\_\_

**ACCOMMODATIONS/PROTECTIVE EQUIPMENT**

None     Athletic Cup     Sports/Safety Goggles     Medical/Prosthetic Device     Pacemaker     Insulin Pump/Insulin Sensor  
 Brace/Orthotic     Hearing Aides     Protective Ear Gear     Other \_\_\_\_\_

**PERTINENT MEDICAL HISTORY** \_\_\_\_\_

**ALLERGIES** \_\_\_\_\_  None

**MEDICATIONS**

Has prescribed pre-exercise medication \_\_\_\_\_

Has prescribed PRN medication \_\_\_\_\_

Student is Self-Carry/Self-Administer, **unless in an emergency or student is incapable of self-administration**

Explanation \_\_\_\_\_

**OTHER RECOMMENDATIONS** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I have examined the above named student and completed the pre-participation physical examination. The athlete may/may not participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam will be provided to the school medical room staff and can be made available to the school administration at the request of the parents. This form may be rescinded: by a medical provider if there are any changes in the student's health that could affect his/her safe participation in sports, and/or 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)		Title	License/NPI
---------------------------------------	--	-------	-------------

Address			Medical Provider's Stamp
---------	--	--	--------------------------

Phone	Fax	Email
-------	-----	-------

Signature of medical provider		Date
-------------------------------	--	------