



LIJEČNIČKI PREGLEDI ZA NOGOMETNE SUCE I SUDAČKE INSTRUKTORE

IME I PREZIME _____

DATUM ROĐENJA _____

LIGA _____

1. Opći medicinski pregled

- a) Visina: _____
b) Težina: _____
c) Glava i vrat (nos, uši, grlo, zubi, štitnjača)
d) Limfni čvorovi
e) Prsa i pluća (pregled, oskultacija, ekspanzija prsa kod udaha i izdaha, astma)
f) Srce (tonovi, šumovi, bilo)
g) Krvni tlak:
(Kako bi se osigurala valjanost stalnog testiranja preporuča se uvijek koristiti obje ruke)
h) Puls:
i) Krvne žile (npr. periferno bilo, proširene žile)
j) Abdomen (preponska hernija, ožiljci)
k) Pregled kože
l) Alergije
m) Živčani sustav (npr. refleksi, senzorne nepravilnosti)
o) Ortopedski pregled stupa kralježnice (naročito lumbalnog područja)
p) Daljnji ortopedski pregled (naročito donji dio tijela: kuk, koljeno, članak, stopalo)

2. Laboratorijski pregled

- a) Krvna slika:
• Hemoglobin: _____
• Hematokrit: _____
• Eritrociti: _____
• Leukociti: _____
• Trombociti: _____
b) Test urina:
• Protein: _____
• Šećer: _____
c) Sedimentacija: _____
d) CRP: _____
e) Masnoće u krvi:
• Kolesterol: _____
• HDL: _____
• LDL: _____
• Trigliceridi: _____
f) Glukoza: _____
g) Mokraćna kiselina: _____
h) Kreatinin: _____
i) Aspartat amino-trasferaza: _____
j) Alanin amino-trasferaza: _____

- k) Gama-glutamil transferaza: _____
 l) Kreatin kinaza: _____
 m) Kalij: _____
 n) Natrij: _____
 o) Magnezij: _____
 p) Željezo: _____
 q) Feritin: _____

3. Kardiološki pregled

- a) Osnovni pregled
 b) Standardni elektrokardiogram (12-kanalni EKG) – EKG u mirovanju
 c) Elektrokardiogram pod opterećenjem (ergometrija)
 d) Ehokardiografija (po indikaciji / mišljenju kardiologa)

4. Pregled vida

- a) Oštrina vida

	Bez korekcije	Sa korekcijom	Korektivna snaga	Korektivna metoda (uobičajeno)
Desno oko				
Lijevo oko				

- b) Periferni vid
 • Desno oko: _____
 • Lijevo oko: _____
 c) Test razlikovanja boja
 • Desno oko: _____
 • Lijevo oko: _____
 d) Binokularni vid: _____
 e) Motilitet pupile
 • Desno oko: _____
 • Lijevo oko: _____
 f) Osjetljivost na svjetlost: _____
 g) Pregled očne jabučice: _____

Prednji segment

- Desno oko: _____
- Lijevo oko: _____

Fundus

- Desno oko: _____
- Lijevo oko: _____

MP

Datum: _____

potpis liječnika