

Број:
Датум



ОБАВЕШТЕЊЕ (податке попуњава судија)

СУДИЈА (Презиме, очево име и име) _____

ДАТУМ РОЂЕЊА (дан, месец и година) _____

МЕСТО БОРАВКА _____

У склопу семинара фудбалских судија за суђење **Супер лиге**, обавезни сте, сходно Здравственом правилнику Струковне организације судија Фудбалског савеза Србије, да обавите следеће лекарске прегледе и резултате доставите лекарској комисији.

1. ИНТЕРНИСТИЧКИ – КАРДИОЛОШКИ ПРЕГЛЕД, који мора да обухвати следеће прегледе и анализе:

- Анализа мокраће и крви (СЕ, ККС, холестерол, креатинин, триглицериди, билирубин, протеини и комплетан преглед урина);
- ЕКГ у миру, у току и након ерго теста;
- ТА у миру, у току и након ерго теста;
- Физикални преглед интернисте – кардиолога уз **обавезан закључак о здравственом стању и оцену способности за тежа физичка напрезања.**
- **ОФТАМОЛОШКИ ПРЕГЛЕД.**

НАПОМЕНА:

1. Налази ових прегледа обавезно се уписују на полеђини овог обавештења
2. Сваки фудбалски судија је обавезан да са овим захтевима о прегледу и начину попуњавања обрасца на полеђини упозна лекара специјалисту, који врши одређени преглед.
3. Резултати прегледа морају бити заведени и оверени печатом установе (у заглављу), округлим печатом и факсимилом ординирајућег лекара.
4. Све лабораторијске и ЕКГ налазе **обавезно** понети са собом на семинар. Судије које не обаве комплетан преглед и не доставе позитивне налазе неће моћи да приступе провери физичке способности.



**ПРЕДСЕДНИК ЗДРАВСТВЕНЕ КОМИСИЈЕ
СОС-а ФСС**

Атић Др. Душко, с. р.



(Печат установе, број протокола
и датум прегледа)

ИНТЕРНИСТИЧКИ - КАРДИОЛОШКИ НАЛАЗ

1. Налаз крви

СЕ:	_____	Глукоза:	_____
Еритроцити:	_____	Нолестерол:	_____
НБ:	_____	Креатинин:	_____
Леукоцити:	_____	Триглицериди:	_____
Ле:	_____	Билирубин:	_____
Тромбосити:	_____	Протеини:	_____
ДКС:	_____		

2. Налаз урина

Изглед: _____
Боја: _____
Реаксија: _____
Сп. Тезина: _____
Седимент урина _____

3. Ергометрија

ТА у миру _____ Та у напору _____ ТА после напора _____
ЕКГ у миру _____
ЕКГ после напора _____
ДИЈАГНОЗА И ЗАКЉУЧАК: _____

(Факсимил и потпис интернисте)

(Печат установе, број протокола
и датум прегледа)

ОФТАМОЛОШКИ НАЛАЗ

ВОД (без корекције)	_____	ВОС (без корекције)	_____
ВОД (са корекцијом)	_____	ВОС (са корекцијом)	_____
Мотилитет	_____	Фундус	_____
Ishihara	_____	AQ	_____

ДИЈАГНОЗА И ЗАКЉУЧАК: _____

(Факсимил и потпис офтамолога)