



ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΑΝΩΤΑΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΘΛΗΤΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΛΕΩΦ. ΜΑΚΑΡΕΙΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ, ΕΓΚΩΜΗ, 2400 ΛΕΥΚΩΣΙΑ | ΤΑΧ. ΘΥΡ.: 24804, 1304 ΛΕΥΚΩΣΙΑ ΚΥΠΡΟΣ | ΤΗΛ 22-897000, FAX 22-358222

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ (ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ*

* Για υπηρεσιακή χρήση ΜΟΝΟΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ:

ΣΩΜΑΤΕΙΟ:

ΗΜΕΡΟΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡ. ΠΟΛ. ΤΑΥΤ.:

ΤΗΛ.:

ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

Υποχρεωτικό: α) Τηλ. αθλητή/τριας
 β) Για αθλητή/τρια κάτω των 18 ετών
 τηλ. γονεα/κηδεμονα

2.

ΤΗΛ.:

(Όνομα οικογενειακού ιατρού)

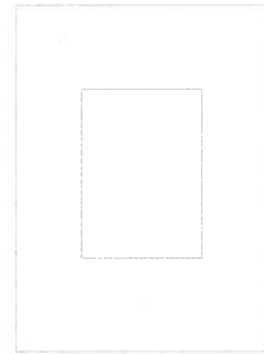
3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΑΤΡΟΥ

α. Είχατε στο παρελθόν ή και τώρα υποφέρει από τα εξής προβλήματα:

ΝΑΙ ΟΧΙ

- 1) Απώλεια αισθήσεων, προσυγκοπτικό επεισόδιο ή άλλο νευρολογικό σύμπτωμα
- 2) Παρατεταμένο βήχα, άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα ή άλλο πνευμονικό πρόβλημα
- 3) Πονο στο στήθος, αρρυθμία, δύσπνοια, εύκολη κόπωση, υπέρταση, περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα ή φύσημα καρδιάς
- 4) Αναιμία, στίγμα μεσογειακής ή άλλης αναιμίας
- 5) Διαβήτης, ή άλλη ενδοκρινολογική πάθηση (θυρεοειδή κλπ.)
- 6) Μελαγχολία, ψυχική κατάρρευση ή άλλα

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



β. Καπνίζετε τσιγάρο, πούρο ή καπνό

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

γ. Υπάρχουν άλλες ασθένειες ή σοβαρές αλλεργίες ή παθολογικό πρόβλημα. (Να συμπληρωθεί)

Αρ. Ερώτησης	Αν η απάντηση είναι "ΝΑΙ", δώστε λεπτομερείς πληροφορίες που θα περιλαμβάνουν ημερομηνίες, διάρκεια νόσου, τόπο νοσηλείας

4. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (Σε περίπτωση θετικής απάντησης διευκρινίστε)

Συγγένεια	Ηλικία	Διαβήτης	Υπέρταση	Χαρδιοπαθείες	Διαγνωστική Πάθηση	Άλλες Ασθένειες	Διευκρίνιση Ασθένειας	Ηλικία Θανάτου	Αιτία Θανάτου
Πατέρας									
Μητέρα									
Αδελφός/η									
Αδελφός/η									

5. Αφορά άρρενες πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας οι οποίοι έχουν συμπληρώσει το 17^ο έτος της ηλικίας τους και έχουν κληθεί και καταταχθεί στην Εθνική Φρουρά σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Εθνικής Φρουράς Νόμου από το 2019 και εντεύθεν.

α. Υπηρετείτε στην Εθνική Φρουρά: ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν "ΝΑΙ" να προσκομίσετε πρόσφατη βεβαίωση με ημερομηνία έκδοσης όχι πέραν των 30 ημερών από τη μονάδα που υπηρετείτε

β. Έχετε εκπληρώσει τη θητεία σας στην Εθνική Φρουρά: ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν "ΝΑΙ" να προσκομίσετε ανηγραφο ειδικού φύλλου πορείας (απολυτήριο) ή Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης Τύπου "Α". Εάν "ΟΧΙ" για λόγους υγείας, να προσκομίσετε Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης Τύπου "Α" ή αντίγραφο προσωρινού απολυτηρίου στο οποίο να εμφανίζεται ο λόγος της απαλλαγής (1/5) ή αναβολής σας

γ. Εάν «ΟΧΙ» για οποιοδήποτε άλλο λόγο, παρακαλώ όπως προσκομίσετε σχετική βεβαίωση από Πιστοποιούντα Υπάλληλο, Κοινοτάρχη ή Αρμόδια Αρχή της Δημοκρατίας στην οποία να αναφέρεται ο λόγος της μη εκπλήρωσης της στρατιωτικής σας Θητείας.

Σημ: Η προσκόμιση των πιο πάνω βεβαιώσεων είναι υποχρεωτική από όλους τους άρρενες που υποβάλλουν αίτηση έκδοσης Δελτίου Υγείας από το 2019 και εντεύθεν και μόνο την 1^η φορά.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

6. ΜΕΤΡΗΣΑΤΕ

α) Σωματομετρικά στοιχεία:

Ύψος (Εκ.)

Βάρος (Κιλά)

β) Αρτηριακή πίεση:

(Εάν είναι πάνω από 140/90 μετρήστε 3 φορές)

Συστολική

Διαστολική

7. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

α) Απουσία σφύξεων αρτηριών

β) Υπάρχει φύσημα ή κλικ

Εάν υπάρχει φύσημα ή κλικ

Συστολικό

Διαστολικό

Σε περίπτωση φύσηματος να παραπεμφθεί σε καρδιολόγο

Ομάδα αίματος Rh

8. ΑΛΛΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Ο ΚΟΑ, ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας Δεδομένων, ακολουθεί τον Γενικό Κανονισμό Προσωπικών Δεδομένων 2016/679 (GDPR). Τα στοιχεία σας στην παρούσα αίτηση θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά από τον ΑΣΥΑ και τους συνεργαζόμενους ιατρούς για την εξέταση της ιατρικής σας κατάστασης, σύμφωνα με το Άρθρο 9 2(α) του Κανονισμού με σκοπό την έκδοση Δελτίου Υγείας. Ο ΚΟΑ δεν θα μεταφέρει τα προσωπικά σας δεδομένα σε τρίτους χωρίς τη δική σας συγκατάθεση. Έχετε δικαίωμα πρόσβασης, διορθώσης, περιορισμού/εναντίωσης σε επεξεργασία ή/και διαγραφής των Προσωπικών σας Δεδομένων. Για να εξασκήσετε τα δικαιώματά σας επικοινωνήστε στο info@sportskoa.org.cy ή στο τηλ. 22897000. Τα προσωπικά σας δεδομένα θα διαγραφούν 6 μήνες μετά τη λήξη της ισχύος του Δελτίου Υγείας. Μπορείτε να ενημερωθείτε σχετικά με την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΚΟΑ από την ιστοσελίδα <https://cypriussports.org/gr/> ή επικοινωνώντας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ) του ΚΟΑ στο dro@sportskoa.org.cy. Σε περίπτωση παραπόνου μπορείτε να αποταθείτε στον ΥΠΔ του ΚΟΑ ή αν δεν ικανοποιηθείτε, στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dataprotection.org.cy).

Φρονώ ότι ο ανωτέρω αθλητής μπορεί να προπονηθεί και να αγωνίζεται κανονικά.

ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΗΜΕΡΟΜ.:

Υπογραφή και σφραγίδα ιατρού

Βεβαιώ ότι οι απαντήσεις που δόθηκαν από εμένα είναι αληθείς και συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για σκοπούς έκδοσης δελτίου υγείας από τον ΚΟΑ.

Σε περίπτωση ανήλικου αθλητή εγώ ο γονέας/κηδεμόνας εξουσιοδοτώ τον πληρεξούσιο εκπρόσωπο του σωματείου/ομοσπονδία να παραλάβει το δελτίο υγείας. ΝΑΙ ΟΧΙ

ΗΜΕΡΟΜ.:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΘΛΗΤΗ:

Υπογραφή αθλητή/τριας ή κηδεμόνα για αθλητές/τριες κάτω των 18 ετών

ΕΠΙΘΥΜΩ ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥ ΝΑ ΤΟ ΠΑΡΑΛΑΒΕΙ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ/ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ Η ΑΛΛΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΗΜ. ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ ΟΠΩΣ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΑΠΟΣΤΑΛΕΙ ΕΓΚΑΙΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ. ΟΠΟΙΑ ΕΝΤΥΠΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΑ ΣΩΣΤΑ, Η ΔΕΝ ΣΥΝΟΔΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ, ΟΑ ΘΕΩΡΟΥΝΤΑΙ ΑΚΥΡΑ ΚΑΙ ΟΑ ΕΠΙΣΤΡΕΦΟΝΤΑΙ ΠΙΣΩ ΣΤΟΝ ΑΠΟΣΤΟΛΕΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

		ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ			
A/A	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	εώς 12 ΕΤΩΝ (αθλητές/τριες οι οποίοι δεν έχουν συμπληρώσει το 12ο έτος της ηλικίας τους)	12-34 ΕΤΩΝ (αθλητές/αθλητριες μέχρι και το 34ο έτος της ηλικίας τους)	34 ΕΤΩΝ και άνω (αθλητές/τριες οι οποίοι έχουν συμπληρώσει το 34ο έτος ηλικίας και εντεύθεν)	
1	Έντυπο Ιατρικής Εξέτασης ΑΣΥΑ (πλήρως συμπληρωμένο και υπογραμμένο από τον εξετάζοντα Ιατρό)	✓	✓	✓	
2	Καρδιογράφημα	✓	✓	-----	
3	Δοκιμασία κοπώσεως-Stress Test	-----	-----	✓	
4	Υπέρηχο-καρδιογράφημα -Echocardiogram	✓ (Σε περίπτωση που διαγνωστεί φύσημα καρδιάς)	✓ (Σε περίπτωση που διαγνωστεί φύσημα καρδιάς)	✓ (Σε περίπτωση που διαγνωστεί φύσημα καρδιάς)	
5	Γενική Ανάλυση Αίματος - Full Blood Count	-----	✓	✓	
6	Βιοχημικές Αναλύσεις αίματος μόνο κατά την υποβολή αίτησης για 1η φορά (χοληστερίνη, κρεατινίνη, σάκχαρο)	-----	✓	✓	
7	Ομάδα Αίματος	✓	✓	✓	
8	Ακτινογραφία Θώρακα (με γνωμάτευση)	-----	-----	✓	
9	Πρόσφατη έγχρωμη φωτογραφία μεγέθους διαβατηρίου	✓	✓	✓	
10	Αντίγραφο πιστοποιητικού γεννήσεως ή πολιτικής ταυτότητας (ισχύει στις περιπτώσεις υποβολής αίτησης για 1η φορά)	✓ (Για παιδιά έως 12 ετών να προσκομίζεται αντίγραφο πιστοποιητικού γεννήσεως)	✓	✓	
11	Αντίγραφο διαβατηρίου για υπηκόους κρατών μελών Ευρωπαϊκής Ένωσης και Αλλοδαπούς (ισχύει στις περιπτώσεις υποβολής αίτησης για 1 ^η φορά)	✓	✓	✓	
	ΙΣΧΥΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	Έως 3 χρόνια	Έως 3 χρόνια	Έως 2 χρόνια	

ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΕΙΣ

- 1 Η αξιολόγηση των Δελτίων Υγείας πραγματοποιείται από Ιατρική Επιτροπή.
- 2 Η Επιτροπή Αξιολόγησης Δελτίων Υγείας έχει την τελική απόφαση για την έκδοση και τη διάρκεια ισχύος των δελτίων υγείας.
- 3 Η Επιτροπή Αξιολόγησης Δελτίων Υγείας έχει το δικαίωμα της απαίτησης επιπρόσθετων κλινικών, παρακλινικών και άλλων ιατρικών εξετάσεων. Σε τέτοια περίπτωση κανένα Δελτίο Υγείας δεν εκδίδεται πριν την προσκόμιση των απαραίτητων ιατρικών εξετάσεων και της επαναξιολόγησης του απο Επιτροπή Αξιολόγησης
- 4 Η ακτινογραφία θώρακα είναι απαραίτητο να προσκομίζεται κατά την υποβολή αίτησης Δελτίου Υγείας την 1η φορά από αθλητές/τριες οι οποίοι έχουν συμπληρώσει το 34ο έτος της ηλικίας τους και άνω . Η ακτινογραφία θώρακα είναι αποδεκτή νουμένη ότι η ημερομηνία έκδοσης της δεν είναι πέραν τους ενός (1) χρόνου απο την ημερομηνία υποβολής της αίτησης.
- 5 Αθλητές/τριες οι οποίοι έχουν συμπληρώσει το 34ο έτος της ηλικίας τους θα πρέπει να προσκομίζουν τις ιατρικές εξετάσεις και πιστοποιητικά που αναφέρονται στον πιο πάνω πίνακα και συγκεκριμένα της ηλικιακής ομάδας "34ετών και άνω". Σε διαφορετική περίπτωση το Δελτίο Υγείας θα ισχύει μέχρι την ημερομηνία συμπλήρωσης του 35ου έτους της ηλικίας τους.
- 6 Η Επιτροπή Αξιολόγησης Δελτίων Υγείας προβαίνει στην αξιολόγηση και ορθή εξέταση μόνον των ιατρικών πιστοποιητικών και εξετάσεων που προσκομίζουν και θέτουν ενώπιον τους οι αθλητές/τριες.
- 7 Οι Ιατρικές, κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις για έκδοση Δ.Υ ισχύουν για έξι (6) μήνες. Αιτήσεις οι οποίες παραμένουν ως εκκρεμότητα στον Οργανισμό και η ημερομηνία έκδοσης των ιατρικών εξετάσεων είναι μεγαλύτερη των έξι μηνών (6) δεν αξιολογούνται. Ο χρόνος διατήρησης των ιατρικών εξετάσεων δεν ξεπερνά την χρονική περίοδο των έξι (6) μηνών.
- 8 Ημερομηνία έναρξης της ισχύος ενός Δελτίου Υγείας είναι η ημερομηνία αξιολόγησης και έγκρισης του από την αρμόδια Επιτροπή Αξιολόγησης
- 9 Αιτήσεις για έκδοση Δελτίου Υγείας οι οποίες δεν είναι ορθά συμπληρωμένες και υπογεγραμμένες καθώς επίσης και δεν υποβάλλονται μαζί με τις απαραίτητες Ιατρικές και παρακλινικές εξετάσεις δεν παραλαμβάνονται από τον Οργανισμό και επιστρέφονται στον αιτητή ως μη αποδεκτές.



**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ /
ΕΠΑΝΕΚΤΥΠΩΣΗ ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΟΑ**



Στοιχεία Αιτητή / Καταθέτη :	Όνομα: _____	Επίθετο: _____
Ιδιότητα: _____	Τηλ.: _____	
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ : _____	ΣΩΜΑΤΕΙΟ : _____	
Τρόπος Παραλαβής Δελτίων Υγείας:	Διά χειρός από τα Γραφεία του ΚΟΑ <input type="checkbox"/>	
	Να σταλούν με Υπηρεσίες Ταχυμεταφορών (Courier) <input type="checkbox"/>	
Υπογραφή : _____	Ημερομηνία : _____	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΗΤΩΝ			ΤΕΛΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (Παρακαλώ σημειώστε ✓ στο ανάλογο τετράγωνο)		
A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	Α.Π.Τ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ (Για αλλοδαπούς)	Έκδοση Νέας Αίτησης	Έκδοση Νέας Αίτησης ΜΕ ΕΠΙΣΠΕΥΣΗ	Επανεκτύπωση Υφιστάμενου Δ.Υ.
1			€5	€30	€3
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
			ΣΥΝ: _____	ΣΥΝ: _____	ΣΥΝ: _____
ΣΥΝΟΛΟ			€ _____		

***Παρακαλώ βεβαιωθείτε ότι το ΕΝΤΥΠΟ ΑΣΥΑ είναι συμπληρωμένο πλήρως, και ότι έχετε επισυνάψει όλα τα απαραίτητα έγγραφα και ιατρικές εξετάσεις. Οι ελλιπείς αιτήσεις θα θεωρούνται ως άκυρες και θα επιστρέφονται πίσω στον αποστολέα**

Στοιχεία Επικοινωνίας Γραφείου ΑΣΥΑ
Τηλ. : 22897120 , 22897121 , 22897201
polycarpou.m@sportskoa.org.cy / p.demetriades@sportskoa.org.cy
www.cyprussports.org/asya