- **Вниманию профессиональных боксеров, менеджеров, промоутеров**

Разъясняем требования к боксерам для допуска к боям на территории Российской Федерации, включая бойцов, приезжающих из-за рубежа:

Основания: медицинский Регламент Профессионального бокса ФБР; Приказ Министерства здравоохранения РФ №1144-н от 23.12.2020

Каждый боксёр перед взвешиванием обязан предоставить следующие медицинские документы:

- анализы крови на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис; срок действия не более 6 месяцев.

- Справку допуск от спортивного врача / либо аккредитованного врача о допуске боксера к боям по форме, опубликованной в приложении №2 с сроком действия справки не более 6 месяцев. Внимание: справка от других специалистов является не действительной.

- Аккредитованный врач — официальный врач той или иной Боксерской Федерации.

- Результаты МРТ с отсутствием патологии, срок действия 1 год; в случаях наличия той или иной патологии, необходима дополнительная консультация врача невролога, либо нейрохирурга.

- Страховой полис от повреждений на ринге по виду спорта «бокс» (профессиональный)

- В случаях отсутствия вышеуказанных документов на взвешивании спортивный врач по согласованию с супервайзером разрешает пройти дообследование до начала боксерских поединков.

**Приложение № 1**

**По приказу**

**Министерства здравоохранения**

**Российской Федерации**

 **от 23.10.2020 г. № 1144н**

**Программа для лиц, занимающихся спортом на тренировочном этапе (этапе спортивной специализации):**

Педиатр/терапевт (по возрасту)

Травматолог-ортопед

Хирург

Невролог (с предоставлением результатов МРТ головного мозга)

Оториноларинголог

Офтальмолог

Кардиолог

Гинеколог (женщины)

Уролог (по показаниям)

Дерматовенеролог (по показаниям)

Стоматолог

Врач по спортивной медицине

Клинический анализ крови, клинический анализ мочи,

Биохимический анализ крови: аланинаминотрансфераза (АЛТ), щелочную фосфатаза, креатинкиназа, лактатдегидрогеназа (ЛДГ), билирубин общий, билирубин прямой, мочевина, мочевая кислота, креатинин, общий белок, глюкоза, холестерин, триглицериды, фосфор, натрий, кальций, калий, железо;

Гормональное исследование крови: кортизол, тестостерон общий;

Анализ крови на ВИЧ, гепатит С, В, сифилис

Антропометрия

ЭКГ, ЭхоКГ

Флюорография или рентгенография легких (с 15 лет, не чаще 1 раз в год)

УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы, биоимпедансометрия, скриннинг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (опросник).

Холтеровское мониторирование ЭКГ (по показаниям)

Стресс-ЭхоКГ (под нагрузкой) по медицинским показаниям

КТ (по показаниям)

МРТ головного мозга (1 раз в год)

Нарастающий дозированный нагрузочный тест (не менее субмаксимального) (ступенчатовозрастающая нагрузка велоэгометрии (без газоанализа) / ступенчатовозрастающая нагрузка тредмил-тестирование (без газоанализа) в соответствии с методическими рекомендациями, сообразно с видом спорта, характером и амплитудой выполняемой спортсменом работы, с целью:

а) выявления жизнеугрожающих состояний и имеющихся патологических изменений;

б) оценки физической работоспособности

\*По медицинским показаниям проводятся дополнительные консультации врачей-специалистов, функционально-диагностические и лабораторные исследования.

Программа медицинского обследования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья может изменяться в зависимости от вида нарушения здоровья в части проведения функциональной диагностики, нагрузочных проб и специфики обследований у врачей-специалистов. Выбор и содержание методов обследования определяются индивидуальными особенностями организма, наличием хронических, рецидивирующих заболеваний и рядом других факторов риска, спецификой типа физической активности. У лиц с интеллектуальными нарушениями при наличии показаний могут проводиться дополнительные консультации врача-психиатра.

**По результатам углубленного медицинского обследования выдается заключение спортивным врачом, в учреждениях, имеющих лицензию на осуществление деятельности, установленного образца (смотреть приложение 2).**

**Кратность прохождения углубленного медицинского обследования 1 раз в 6 месяцев.**

**Приложение № 2**

к приказу Министерства

здравоохранения

Российской Федерации

от 23 октября 2020 г. N 1144н

(форма)

 **Название медицинской организации, штамп**

 **Телефон, электронная почта**

 **Медицинское заключение**

 **о допуске к участию в физкультурных и спортивных**

 **мероприятиях (тренировочных мероприятиях и спортивных**

 **соревнованиях), мероприятиях по оценке выполнения нормативов**

 **испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного**

 **комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО)"**

 **Реестровый номер заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Реестровый номер лица (физкультурника, спортсмена) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата выдачи, название выдавшего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Название мероприятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Вид спорта (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Спортивная дисциплина (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Этап спортивной подготовки (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **По результатам медицинского осмотра, углубленного медицинского**

**обследования**

 **ДОПУЩЕН**

 **комиссией (вычеркнуть лишнее)**

 **- к тренировочным мероприятиям**

 **----------------------------**

 **- к участию в спортивных соревнованиях**

 **------------------------------------**

 **- к участию в Физкультурных мероприятиях**

 **--------------------------------------**

 **- к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО**

 **--------------------------------------------------------**

**Ограничения, в том числе физических нагрузок, сроки ограничений: (ДА/НЕТ)**

**Описать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата выдачи медицинского заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Медицинское заключение действительно до (указать дату) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ответственное лицо медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

 **Подпись Фамилия, инициалы**

 **Печать медицинской организации**

 **Печать медицинской организации**