

## SPORCU SAĞLIK MUAYENE FORMU

ADI SOYADI		FOTOĞRAF
TC KİMLİK NO		
DOĞUM TARİHİ (G/A/Y)	... / ... / ..... Cinsiyet K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
SPOR BRANŞI		
Boy : ..... cm Spora Başlama Yaşı: ..... Uyuşu: .....		
Ağırlık : ..... Kg Kan Grubu: ... Rh ( ) Dominans: Sağ <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/>		

E (Evet) - H (Hayır) E H		E (Evet) - H (Hayır) E H					
1	Son kontrolden beri herhangi bir hastalık ya da sakatlığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	Herhangi bir protez ortez veya yardımcı malzeme kullanıyor musunuz? (breys, atel, diş koruyucu, işitme cihazı, boyunluk,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Kronik, devam eden bir hastalığınız var mı? (şeker, tansiyon, sara, kalp, böbrek, karaciğer, kan, guatr, sarılık, Astım, Alerji.... ve benzeri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	Görme ile ilgili bir sorunuz var mı? Görme sorunuz var ise gözlük, kontak lens ya da koruyucu gözlük kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	Yaralanma, burkulma, kas çekmesi ya da şişlik gibi şikâyetleriniz oldu mu? (32)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ameliyat oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	Herhangi bir kemik ya da eklem travması oldu mu? (32)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Reçeteli veya reçetesiz herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	Kas, kırı, kemik veya eklemlerinizde ağrı ve şişliğin eşlik ettiği bir sorunuz oldu mu? (32)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Performans artırma, kilo alma veya verme ya da destek amaçlı herhangi bir vitamin, ilaç ya da madde kullandınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	Cevabınız evet ise uygun kutuları işaretleyip açıklayın		
7	Alerjiniz var mı? (polen, ilaç, yiyecek, böcek..vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Baş	<input type="checkbox"/> Dirsek	<input type="checkbox"/> Kalça
8	Egzersiz sırasında ya da sonrasında cilt döküntüleriniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Boyun	<input type="checkbox"/> Önkol	<input type="checkbox"/> Uyluk
9	Egzersiz sırasında ya da sonrasında bayıldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sırt	<input type="checkbox"/> El bileği	<input type="checkbox"/> Diz
10	Egzersiz sırasında ya da sonrasında baş dönmesi oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Göğüs	<input type="checkbox"/> El	<input type="checkbox"/> Bacak
11	Egzersiz sırasında ya da sonrasında göğüs ağrısı oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Omuz	<input type="checkbox"/> Parmaklar	<input type="checkbox"/> Ayak bileği
12	Egzersiz sırasında arkadaşlarınızdan daha mı çabuk yorulursunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Üst kol	<input type="checkbox"/> Ayak	
13	Kalp atışlarınızda düzensizlik oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	Olduğunuzdan daha fazla yada daha az kilolu olmak ister misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Tansiyonunuz yada kolesterolünüz yüksek mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	Yaptığınız spor için zaman zaman ağırlık kaybetmeniz gerekiyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Size kalbinizde üfürüm olduğu söylendi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	Stresli misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Bir hekim tarafından kalp hastalığı nedeniyle spor yapmanızın sakıncalı olduğu söylendi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	Alışkanlığınız var mı (sigara, alkol, diğer...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ailenizde birinci derece yakınlarınızda sağlık sorunları var mı ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	Biliyorsanız son aşılama tarihlerinizi yazın		
18	Ailenizde 45 yaş öncesi ani ölüm ya da kalp hastalığı nedeniyle ölüm var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tetanos	Kızamık	Suçiçeği
19	Ciddi cilt sorunuz var mı (akne, siğil, mantar...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hepatit	Diğer:	
20	Ciddi kafa travması, baygınlık geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Sadece Bayanlar İçin</b> (gerekirse hekim doldurabilir)		
21	Düşme, bilinç ya da hafıza kaybınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	İlk adet görme yılı veya yaşı; .....		
22	Hiç nöbet / havale geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	Adet düzensizliğiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Sık ve ciddi baş ağrılarınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Verdiğiniz "E" Evet cevaplarınızı açıklayınız</b>			
24	Kol, el, bacak veya ayaklarınızda uyuşukluk ya da karıncalanma, yanma şikâyetiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
25	Sıcakta egzersiz yaparken sağlık sorunlarınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
26	Egzersiz sırasında ya da sonrasında öksürük, nefes darlığı gibi şikâyetleriniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			

Yukarıdaki bilgiler doğrudur ve tarafımdan verilmiştir. Belirtilen sağlık durumu ile ilgili bilgilerde herhangi bir değişiklik olduğunda kulübümde ilgili kişileri bilgilendireceğim.

Tarih: ... / ... / 20 ..

**Sporcu Velisinin (18 yaşından küçük sporcular için veli imzası gereklidir )**  
**Adı Soyadı & İmzası**

**Sporcunun İmzası**

# MUAYENE SONUÇLARI

<b>Genel Sistemik Muayene</b> Solunum Sindirim Nörolojik Genito-Üriner Baş- Boyun- KBB Psikiyatrik Deri Ağız / Diş	
--	--

<b>Laboratuvar</b>	
	(Tam kan, Glikoz, Fe, TDBK, Transferin, TSH, T3,T4, ALT, AST, Kreatin, Üre, AlKP, CK, TIT, elektrolit, HBSAg, . . . . .)

<b>Hareket sistemi</b>	Omurga	
	Pelvis	
	Üst Ekstremité	
	Alt Ekstremité Alt Ekstremité uzunlukları Sağ . . . . . Sol . . . . . EHA, deformiteler, esneklik, lordoz, kifoz, skolyoz, pelvik tilt, Q açısı, genu varum /valgum/recurvatum, pes planus/cavus . . . . .	

<b>Kalp Damar Sistemi</b> (Kardiyoloji Hekimi)	Muayene Bulguları	Nabz: . . . . / dk TA: . . / . . mmHg
	EKG EKO Eforlu EKG ve diğer tetkikler (ihtiyaç halinde)	
Yarışmacı Olarak Spora Katılabilir: Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yorum. . . . .		

Spor Branşı: . . . . .  
(Sporcu)  
Adı Soyadı : . . . . .

- Yarışmacı olarak ilgili sporu yapmasına engel durum bulunmamaktadır. (Diğer araştırma, test, laboratuvar ve görüntüleme gerektiren tanılarını kapsamaz)
- Yarışmacı olarak ilgili sporu yapması uygun değildir
- Belirtilen önerilere uyması, tetkik, tedavi ve takibinin yapılması kaydı ile ilgili spora yarışmacı olarak katılabilir

## Öneri - Yorum:

Tarih: . . . / . . . / 20 . .  
Kardiyoloji / Çocuk Kardiyolojisi Uzmanı

(Kaşe İmza)

Tarih: . . . / . . . / 20 . .  
Kulüp Hekimi

(Kaşe İmza)