



TÜRKİYE FUTBOL FEDERASYONU

PROFESYONEL FUTBOLCU

SAĞLIK KURULU RAPORU

FOTO

ADI SOYADI

:

BABA ADI

:

DOĞUM TARİHİ

:

DOĞUM YERİ

:

SEZON

:

KULÜBÜ

:

T.C. VATANDAŞLIK NO.

:

BİR ÖNCEKİ SEZON OYNADIĞI TOPLAM MAÇ SAYISI :

.....

ÖYKÜ
GENEL SAĞLIK

1. Bugüne kadar bir sağlık kuruluşunda yatarak tedavi görmüşmüdür?
2. Bugüne kadar geçirdiği ameliyatlar:
3. Bugüne kadar geçirdiği tıbbi tedavi gerektiren yaralanmalar (kırık, vs) :

KALP VE DAMAR SİSTEMİ
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Geçirilmiş herhangi bir kalp problemi / hastalığı
- Doğuştan kalp problemi
- Ailede kalp hastalığı hikayesi / 60 yaşından önce kalbe bağlı ani ölüm
- Ailede yüksek tansiyon hikayesi
- Diğer (Diabet, kan hastalığı v.s.)

Evet Hayır

<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"/>

AÇIKLAMA

SOLUNUM SİSTEMİ
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Geçirilmiş herhangi bir solunum sistemi problemi / hastalığı
- Astım (Geçirilmiş veya halen devam etmekte olan astım hikayesi)
- Diğer (Lütfen belirtiniz)

Evet Hayır

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

KULAK - BURUN - BOĞAZ
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Geçirilmiş kulak yolu enfeksiyonu
- Diğer (Lütfen belirtiniz)

Evet Hayır

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

SİNDİRİM SİSTEMİ
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Bugüne kadar geçirilmiş ve/veya devam etmekte olan sindirim sistemi ile ilgili problem, hastalık veya girişimsel uygulama

Evet Hayır

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

GENİTO ÜRİNER SİSTEMİ
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Bugüne kadar geçirilmiş ve/veya devam etmekte olan böbrek, idrar yolları, cinsel problem / hastalıkları

Evet Hayır

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

SİNİR SİSTEMİ
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Epilepsi (geçirilmiş ve/veya devam etmekte olan)
- Diğer (Lütfen belirtiniz)

Evet Hayır

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

GEÇİRİLMİŞ ATEŞLİ HASTALIKLAR
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

Evet Hayır

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

HALEN KULLANMAKTA OLDUĞU İLAÇLAR
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

Evet Hayır

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

AŞILAR
(Hepatit aşıları, tetanoz aşısı, diğer)

Evet Hayır

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

ALERJİ

(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

Evet

Hayır

AÇIKLAMA**KAS İSKELET SİSTEMİ**

(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Bugüne kadar geçirilmiş sportif yaşamı 1 aydan uzun süre kesintiye uğratan yaralanma / hastalıklar

Evet

Hayır

- Aşağıdaki anatomik bölgeleri ilgilendiren yaralanma / hastalıklar

Evet

Hayır

Ayak Ayak Bileği Diz Kasık-Kalça Bel Omuz, Kol ve El

Evet

Hayır

LABORATUAR MUAYENELERİ**Biyokimya**

Kan Grubu :

Tam Kan:

Sedimentasyon:

Glikoz:

Bun:

Kreatinin:

Ürit Asit:

Kalsiyum:

Elektrolitler:

Alkalien Fosfataz:

CRP:

SGOT-SGPT:

Kolesterol:

Trigliserid:

HDL:

LDL:

VLDL:

Total Protein:

Alb.:

Tam İdrar:

Mikrobiyoloji:

HBs:

Anti-HBs:

Anti-HBc:

Anti-HIV:

Radyoloji:

Akciğer PA Grafisi (Raporun Sonucu):

SİSTEMLERİN MUAYENESİ**Genel Bulgular**

Boy:

Ağırlık:

Göğüs Çevresi:

SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ

Deformite:

Solunum Sayısı:

NÖROLOJİK MUAYENE

Refleksler

BAŞ, BOYUN VE KULAK-BURUN-BOĞAZ MUAYENESİ**KARIN MUAYENESİ****AĞIZ SAĞLIĞI**Futbolcunun
İmzasıKulüp Doktorunun
Adı, Soyadı
İmza

HAREKET SİSTEMİ MUAYENESİ

Bulgular:

Ayak

Ayak Bileği

Diz

Kasık-Kalça

Bel

Omuz, Kol ve El

Diğer

Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı
Adı, Soyadı & Kaşe
İmza

KALP VE DAMAR SİSTEMİ

Kan Basıncı :

Sağ Kol :

Sol Kol :

Nabız (Dört Ekstremitte):

— — — —

Kalp Muayenesi:

S1:

S2:

Ek Ses :

Frotman :

Marfan Fenotipi:

Elektro Kardiyogram

12 Derivasyonlu istirahat EKG'si :

Eforlu EKG

EKO Kardiyogram:

Sistol Sonu Çapı:

Arka Duvar Kalınlığı:

Sağ Ventrikül Çapı:

Sol Ventrikül Fonksiyonu:

Rapor:

Kardiyoloji Uzmanı
Adı, Soyadı & Kaşe
İmza

KARAR : FUTBOL OYNAMASINDA
SAĞLIK AÇISINDAN BİR SAKINCA;

Vardır Yoktur

RAPOR TARİHİ :/...../20.....

RAPOR NUMARASI :

Kardiyoloji Uzmanı:

Ortopedi ve
Travmatoloji Uzmanı:

Genel Cerrahi Uzmanı:

İç Hastalıkları Uzmanı:

Başhekim & Kurum Onayı