Ek- 1

**MİLLİ SPORCU SAĞLIK MUAYENE FORMU**

**(İlk Muayene)**

Federasyon Lisans No : …..../........./........

T.C.Kimlik No :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | : |  | Resim |
| Doğum Yeri ve Tarihi | : |  |
| Kan Grubu | : |  |
| Cinsiyeti | : |  |
| Spor Dalı | : |  |
| Spor Kulübü | : |  |
| Antrenör Adı Soyadı | : |  |
| Sosyal Güvence Durumu | : |  |
| Telefon / E-mail | : |  |
| Adres | : |  |

|  |
| --- |
| Öğrenim Gördüğü Okul : |
| Sporda Aldığı Başarılı Dereceler : |
| Spora Başlama Yaşı (Düzenli antrenmanlara – Haftada 3-4 günden daha fazla)  |
| Yapılan Aşılar Tetanos: Suçiçeği (CP):ve Tarihleri Hepatit B: Menenjit (MC):Kızamık: Diğer: |

**Alışkanlıklar:**

Uyku sorununuz var mı? Evet ( ) Hayır( )

Takip ettiğiniz özel bir beslenme şekli var mı? Evet ( ) Hayır ( )

Son bir yıl içinde 10 kilodan daha fazla ya da daha az

kilo kaybınız oldu mu? Evet( ) Hayır()

Alkol:…………… Sigara:…………… Diğer:...............

(kullanım sıklığı ve miktarı belirtiniz)

|  |
| --- |
| Aile Öyküsü (Aile bireylerinde veya yakın akrabalarınızda olan hastalıkları belirtiniz.) |
|  Sağlık Sorunu | Var | Yok | Akrabalık Derecesi |
| Kalp Hastalığı nedeniyle aniden ölen | ( ) | ( ) |  |
| Kalp Hastalığı olan | ( ) | ( ) |  |
| Yüksek Tansiyon | ( ) | ( ) |  |
| Tüberküloz (Verem) | ( ) | ( ) |  |
| Kanser veya Tümör | ( ) | ( ) |  |
| Migren veya Şiddetli Baş Ağrısı | ( ) | ( ) |  |
| Diyabet (şeker hastalığı) | ( ) | ( ) |  |
| Böbrek – Mesane Hastalıkları | ( ) | ( ) |  |
| Anemi (kansızlık) örn: Akdeniz Anemisi | ( ) | ( ) |  |
| Mide ve Barsak Hastalıkları | ( ) | ( ) |  |
| Alerji | ( ) | ( ) |  |
| Astım | ( ) | ( ) |  |

**Sağlık özgeçmişinizle ilgili olarak aşağıdaki soruları cevaplayınız**;

|  |
| --- |
| Mevcut bir hastalığınız var mı? |
| Halen kullandığınız ilaçlar nelerdir? |
| Hastanede yatmanızı gerektirecek bir sağlık sorununuz oldu mu? |
| Trafik kazası-kafa travması geçirdiniz mi? |
| Hiç ameliyat oldunuz mu?  |
| Alerjiniz var mı? (polen, yiyecek, ilaç, böcek, vs)  |
| Spor yaparken herhangi bir şikâyetiniz var mı? |
| Spor yaralanması geçirdiniz mi? |
| Performansı arttırmak, kilo almak ya da kilo vermek için herhangi bir madde kullandınız mı, halen kullanmaya devam ediyor musunuz? (kreatin, aminoasit, vitamin, vs) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sağlık Sorununuz Var mı?** | **Evet** | **Hayır** | **Ne Zamandan Beri?** |
| Özellikle antrenman yaparken göğüs ağrısı, çarpıntı | ( ) | ( ) |  |
| Nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma | ( ) | ( ) |  |
| Çok çabuk yorulma | ( ) | ( ) |  |
| Sık kas krampları ve yaygın kas ağrıları | ( ) | ( ) |  |
| Kas, eklem, tendon sorunu | ( ) | ( ) |  |
| Vücudun herhangi bir yerinde uyuşma, karıncalanma, his kaybı | ( ) | ( ) |  |
| Bayılma nöbetleri | ( ) | ( ) |  |
| Sık ve şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, denge kaybı | ( ) | ( ) |  |
| Yaralanma ve kesiklerde (uzun süren) kanama | ( ) | ( ) |  |
| Son zamanlarda aşırı kilo kaybı, iştahsızlık | ( ) | ( ) |  |
| Karın ağrısı, ishal, kabızlık | ( ) | ( ) |  |
| Dışkıda kan, dışkının koyu, siyah renkli olması | ( ) | ( ) |  |
| Bağırsak paraziti (solucan, kurt, şerit vb.) | ( ) | ( ) |  |
| Sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma veya akıntı | ( ) | ( ) |  |
| Vücutta şişlikler (koltuk altında, kasıklarda, boyunda) | ( ) | ( ) |  |
| Gözlerde görme kusuru, kaşıntı, kızarıklık, sulanma | ( ) | ( ) |  |
| Kulak ağrısı, akıntısı, çınlaması, işitme güçlüğü  | ( ) | ( ) |  |
| Burundan nefes almada güçlük | ( ) | ( ) |  |
| Sık burun kanaması | ( ) | ( ) |  |
| Diş ve dişeti sorunu (çürük vb.) | ( ) | ( ) |  |
| Diğer | ( ) | ( ) |  |

|  |
| --- |
| **Daha önce aşağıdaki nedenlerle hekime ya da hastaneye başvurdunuz mu?** |
| **Sağlık Sorunu** | **Evet** | **Hayır** |  | **Ne Zamandan Beri?** |
| Kalp rahatsızlığı  | ( ) | ( ) |  |  |
| Kalp romatizması | ( ) | ( ) |  |  |
| Akut eklem romatizması | ( ) | ( ) |  |  |
| Yüksek ya da düşük tansiyon | ( ) | ( ) |  |  |
| Astım veya diğer solunum hastalığı  | ( ) | ( ) |  |  |
| Kan hastalıkları, kansızlık  | ( ) | ( ) |  |  |
| Varis, basur, damar iltihabı | ( ) | ( ) |  |  |
| Diyabet (şeker hastalığı) | ( ) | ( ) |  |  |
| Epilepsi (sara) | ( ) | ( ) |  |  |
| Guatr | ( ) | ( ) |  |  |
| Sarılık (Hepatit A, B, veya C) | ( ) | ( ) |  |  |
| Zührevi (cinsel yolla bulaşan) hastalıklar | ( ) | ( ) |  |  |
| Böbrek-mesane hastalıkları (kum, taş vb.) | ( ) | ( ) |  |  |
| Migren | ( ) | ( ) |  |  |
| Kulak, kurun boğaz sorunları (sinüzit, bademcik vb.) | ( ) | ( ) |  |  |
| Cilt hasatlığı (egzama, mantar, siğil, uçuk vb.) | ( ) | ( ) |  |  |
| Sıtma  | ( ) | ( ) |  |  |
| Diğer eklem hastalıkları | ( ) | ( ) |  |  |
| Fıtık | ( ) | ( ) |  |  |
| Gözlük- kontak lens kullanıyor musunuz? | ( ) | ( ) |  |  |
| Herhangi bir işitme sorununuz var mı? | ( ) | ( ) |  |  |
| Bunun için bir aparat kullanıyor musunuz? | ( ) | ( ) |  |  |
| Böbreğiniz iki tane mi?  | ( ) | ( ) |  |  |
| Testisiniz iki tane mi? | ( ) | ( ) |  |  |
| Gıda-ilaç alerjisi | ( ) | ( ) |  |  |

|  |
| --- |
| **Spor Yaralanması Geçirdiyseniz Aşağıda Belirtiniz**. |
| Tarih | Yaralanan Bölge | Tanı | Tedavi | Sonuç |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Yalnız bayan sporcular için**İlk adet görme yaşınız: .............Düzenli adet görmeye başladığınız yaş : ....................Adet görme süresi : ............(gün) Adet düzeni : Düzenli ( ) Düzensiz ( )Gebelik sayısı : ................. Doğum sayısı : ...............Çocuk sayısı:.............Adetler ağrılı ve kramp tarzında mı ?...........................................................................................Aşırı adet kanaması var mı ? ........................................................................................................Doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz? ............................................................................Gebelik veya doğumda sağlık sorunu oldu mu ? .........................................................................Göğüslerde şişlik, akıntı, ağrı, kist oldu mu? ...............................................................................Diğer sorunlar .............................................................................................................................. |

# Yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

# **Sporcunun imzası Sporcu velisinin imzası Tarih**

#  **(18 yaşın altında ise)**

# **SPORCU FİZİK MUAYENE FORMU**

Boy Uzunluğu (cm) : Vücut Ağırlığı (kg) : Dominant Taraf (el/ayak):

Kan Basıncı(mm Hg) : Nabız Hızı : Solunum Sayısı :

|  |
| --- |
| 1. **Dâhiliye:**
2. **Kardiyoloji:**
3. **Genel Cerrahi**
4. **Ortopedi ve Travmatoloji**
5. **Göz Hastalıkları**
6. **Nöroloji**
7. **Kulak Burun Boğaz:**
 |

Başvurduğunuz hastanede spor hekimi uzmanı varsa, sağlık raporunun tamamlanması işlemi **Spor Hekiminin** koordinatörlüğünde yürütülecektir

**LABORATUVAR BULGULARI:**

**Tam Kan Sayımı 1:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **Hb g/dL** | **Hct %** | **Eritrosit /µL** | **Lökosit x 10³/ µL** | **Trombosit x 10³/ µL** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Tam Kan Sayımı 2:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **MCV fL** | **MCH pg** | **MCHC g/dL** | **RDW %** | **Nöt-Eo %** | **Mo-Le %** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Biyokimya 1:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **AKŞ** | **SGOT** | **SGPT** | **GGT** | **ALP** | **LDH** | **Amilaz** | **CPK** | **T.Bil** | **D.Bil** | **I.Bil.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Biyokimya 2:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **T.Kol.** | **HDL** | **LDL** | **TG** | **Üre** | **Ürik Asit** | **Kreatinin** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Biyokimya 3:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **Vitamin B12** | **Folik asit** | **Serum demir** | **TDBK** | **Transferrin** | **Ferritin** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Tam İdrar Tahlili:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **Dansite** | **Ph** | **Lökosit** | **Eritrosit** | **Keton** | **Protein** | **Bilirubin** | **Glukoz** | **Mikroskopi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Gaita Tahlili:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarih** | **Görünüm** | **Kanama** | **Lökosit** | **Parazit** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**SPORCU AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI İLK MUAYENE FORMU**

**D: (çürük diş) M: (çekilmiş diş) F: (dolgulu diş)**



**DİŞETİ KANAMASI: Var: (Kendiliğinden: Fırçalama ile: )**

**Yok: Tanı**(?):…………………………………………………………………………………………….

**FIRÇALAMA ALIŞKANLIĞI:**

**Günde 2 kez: 2-3 günde: Haftada: 3-4 haftada: Yok :**

**BU GÜNE KADAR DİŞHEKİMİNE GİTME SIKLIĞI:**

**Gitmedim: 1 kez: 2-5 arası: 5-10 arası: 10’dan fazla:**

**LENF MUAYENESİ:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**(TME) EKLEM MUAYENESİ:**

**Eklem ve çevre dokularda ağrı? Var: Yok:**

**Ağız açma-kapamada eklemde ses? Var: Yok:**

**Eklemde ağız açmada zorluk-kilitlenme? Var: Yok:**

**(Varsa; Sabahları :Gün içinde: )**

**Eklemde çiğneme sırasında ses-ağrı? Var: Yok:**

**Geçmişte çene eklemi ile ilgili tedavi gördünüz mü? Evet: Hayır:**

 **Sol eklem. Sağ eklem. Ön Tanı**(?):……………..................

**Ağız koruyucu tipi:**

……………………………………

**Kullandığı ilaç:**

………………………………………………………………………………………………………………

**Alışkanlıkları:**

………………………………………….…………………………………………………………………….

****

**Diğer Bulgular:**