



Kıbrıs Türk Futbol Federasyonu

07, Memduh ASAF Sokak, PK:107 Köşklüçiftlik/Lefkoşa – KKTC – Mersin 10 TURKEY
Tel: +90 (392) 444 1955 Fax: +90 (392) 228 25 78 Web: www.ktff.org e-mail: info@ktff.org

TEKNİK DİREKTÖR / ANTRENÖR SAĞLIK RAPORU

Adı ve Soyadı:		FOTOĞRAF
Doğum Tarihi (G/A/Y): ___ / ___ / ___	Muayene Tarihi (G/A/Y): ___ / ___ / ___	
KKTC Kimlik No:	Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
Boy (m):	Ağırlık (kg):	
Kurum / Kulüp:	Kan Grubu:	

TEMEL ÖYKÜ	CEVAP	AÇIKLAMA
Bugüne kadar bir sağlık kuruluşunda yatarak tedavi gördünüz mü?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Geçirdiğiniz ameliyat(lar) var mı? Varsa nelerdir?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Uzun süredir devam eden bir hastalığınız var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Anemi <input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Diğer
Geçirilmiş herhangi bir kalp problemi / hastalığı	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Doğuştan Kalp Problemi	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Ailede kalp hastalığı geçiren / 50 yaşından önce kalp krizi veya açıklanamayan nedenler ile ölen var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Ailenizde yüksek tansiyon / şeker / yüksek kolesterol vb. hastalıkları olan var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Egzersiz sırasında göğsünüzde rahatsızlık, ağrı, sıkışma veya baskı hissettiniz mi?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Geçirilmiş herhangi bir solunum sistemi problemi	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Egzersiz sırasında baş dönmesi veya nefes darlığı hissettiniz mi?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Egzersiz sırasında arkadaşlarınızdan daha çok yorulur veya daha kısa zamanda nefesiniz kesilir mi?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Bugüne kadar geçirilmiş ve/veya devam etmekte olan Sinir Sistemi rahatsızlıkları (Epilepsi, vb.)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Egzersiz sırasında / sonrasında bayıldığınız oldu mu?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Hiç nöbet geçirdiniz mi?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Geçirilmiş ateşli hastalıklar var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Sizde veya Ailenizde Talasemi (Akdeniz Anemisi) hastalığı veya taşıyıcılığı olan var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Bugüne kadar geçirilmiş ve/veya devam etmekte olan Kulak-Burun-Boğaz ile ilgili problem, hastalık veya girişimsel uygulama	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	

Bugüne kadar geçirilmiş ve/veya devam etmekte olan Sindirim Sistemi ile ilgili problem, hastalık veya girişimsel uygulama	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Bugüne kadar geçirilmiş ve/veya devam etmekte olan böbrek, idrar yolları, cinsel problem / hastalıkları	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Herhangi bir alerjiniz var mı? (ilâç, bitki, gıda, vb.)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Daha önce uzun süre kullandığınız veya şu anda kullanmakta olduğunuz ilâç(lar) var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Aşılarınız tam mı? (Hepatit A - Hepatit B - Tetanoz vb.)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Ek olarak Şikayet veya Hastalık öyküsü var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	

Teknik Direktör / Antrenörün İmzası:

FİZİK MUAYENE BULGULARI

Genel Bulgular	Kan basıncı: Sağ kol ____ / ____ mmHg Sol Kol ____ / ____ mmHg Nabız: Solunum Sayısı:
Kardiyovasküler Sistem Muayenesi	S1: S2: Ek Ses: Frotman: Marfan Fenotipi:
Solunum Sistemi Muayenesi	
Baş - Boyun Muayenesi	
Batın Muayenesi	
Kas - İskelet Sistemi Muayenesi	

KARDİYOLOJİK DEĞERLENDİRME

EKG	
Eforlu EKG (*) (**)	
Ekokardiyografi (*) (**)	

LABORATUVAR

HEMOGRAM	WBC	RBC	Hb	Htc	Plt

(*) Muayene eden Doktorun lüzum görmesi halinde gereklidir.

(**) 40 yaş üstü için zorunludur.

BİYOKİMYASAL PARAMETRELER	Açlık Kan Şekeri	Total Kol.	HDL	LDL	KC Fonksiyon Testleri			Bb Fonksiyon Testleri		
					ALT	AST	Total. Bil. (*)	Üre	Krea	Ürik Asit

TSH (*) (**)	Na	K

MİKROBİYOLOJİ	HBs Ag	Anti-HBs	Anti-HCV (*)	HIV (*)	Anti-HAV(*)

TAM İDRAR TETKİKİ (*) ():** Normal / _____

RADYOLOJİ

Akciğer Grafisi (*) ():** Normal / _____

Akciğer BT (Covid geçirmiş kişiler): Normal / _____

Tüm Batın USG (*) : Normal / _____

..... Hastanesinde muayene ve tetkikleri yapılan yukarıda açık kimliği yazılı kişinin Kulübünde Teknik Direktörlük / Antrenörlük yapmasında **sağlık açısından bir sakınca yoktur / vardır.**

Rapor Tarihi:

Muayene Eden Doktorun	Uzm. Görüşüne Başvurulan Doktorun (*)	Başhekimin
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
İmzası:	İmzası:	İmzası:

Not.1) Tam teşekküllü hastanelerden temin edilmeyen sağlık belgeleri nazarı dikkate alınmayacaktır.



Not:2) Yukarıda yapılan tahlillerde bir veya birkaç tanesinde sonucun pozitif (+) çıkması halinde Yasa, Tüzük, talimatların ve genelgelerin ilgili maddeleri uygulanır.

(*) Muayene eden Doktorun lüzum görmesi halinde gereklidir.

(**) 40 yaş üstü için zorunludur.