



# 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

## A TAKIM FUTBOLCU SAĞLIK RAPORU

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

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"/>	

**Futbolcunun İmzası:**

### FİZİK MUAYENE BULGULARI

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

### KARDİYOLOJİK DEĞERLENDİRME

<b>EKG</b>	
<b>Eforlu EKG</b>	
<b>Ekokardiyografi</b>	

### LABORATUVAR

<b>HEMOGRAM</b>	WBC	RBC	Hb	Htc	Plt

(\* ) Muayene eden Doktorun lüzum görmesi halinde gereklidir.

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 futbolcunun ....., Kulübünde Futbol oynamasında **sağlık açısından bir sakınca yoktur / vardır.**

Rapor Tarihi: .....

Kardiyoloji	Spor Hekimliği / Ortopedi	Başhekim
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.