



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

U15 / U17 / A2 / BTM / KADINLAR LİĞİ 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"/>	

Futbolcunun İmzası:

Velinin İmzası (18 yaşından küçük ise):

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.

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:

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

Not.1) Yukarıda yapılan tahlillerde bir veya birkaç tanesinde sonucun pozitif (+) çıkması halinde Yasa, Tüzük, talimatların ve genelgelerin ilgili maddeleri uygulanır.



Not.2) U15-17-21 ve BTM futbolcuları sağlık raporları;
a. 15 yaş ve daha küçük yaş sporcular için Pratisyen Hekim, Çocuk Hastalıkları Uzmanı, Aile Hekimi veya Spor Hekimliği Uzmanı tarafından,
b. 16 yaş ve daha büyük sporcular için Pratisyen Hekim, Spor Hekimliği, Dahiliye veya Kardiyoloji Uzmanı tarafından onaylanabilir.

(*) Muayene eden Doktorun lüzum görmesi halinde gereklidir.