



KUZEY KIBRIS TENİS FEDERASYONU SPORCU TEMEL SAĞLIK MUAYENE FORMU

Adı ve Soyadı:		FOTOĞRAF
Doğum Tarihi (G/A/Y): ___ / ___ / ___	Muayene Tarihi (G/A/Y): ___ / ___ / ___	
KKTC Kimlik No:	Kan Grubu:	
Boy (m / persantil değeri):	VKİ (ağırlık/boy ²):	
Ağırlık (kg / persantil değeri):	Yağ (%) (mümkünse):	
Nabız:	Kan basıncı: ___ / ___ mmHg	
Solunum hızı: ___ / dakika	Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
Dominant Ayak: Sağ / Sol	Dominant El: Sağ / Sol	
Hekimin adı ve soyadı:		
Kurum:		

TEMEL ÖYKÜ	CEVAP	AÇIKLAMA
Bugüne kadar bir sağlık kuruluşunda yatarak tedavi görmüş müdür?	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 hastalık 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"/> Enfeksiyon <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 göğüste rahatsızlık, ağrı, sıkışma veya baskı var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Geçirilmiş herhangi bir solunum sistemi problemi / hastalığı var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Egzersiz sırasında baş dönmesi veya nefes darlığı var mı?	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 veya sonrasında bayılma geçirdiniz mi?	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"/>	



KUZEY KIBRIS TENİS FEDERASYONU SPORCU TEMEL SAĞLIK MUAYENE FORMU

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, hayvan, gıda vs.)	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, vs.)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	

FİZİK MUAYENE BULGULARI

Baş - Boyun Muayenesi	
Kardiyovasküler Sistem Muayenesi	
Solunum Sistemi Muayenesi	
Nörolojik Muayene	
Kas - İskelet Sistemi Muayenesi	
Cilt Muayenesi (GEREKTİĞİNDE)	
Batın Muayenesi (GEREKTİĞİNDE)	
Ağız - Diş Muayenesi (GEREKTİĞİNDE)	
Göz Muayenesi (GEREKTİĞİNDE)	

RADYOLOJİ

Akciğer Grafisi (*) : Normal / _____
(GEREKTİĞİNDE)
Tüm Batın USG (*) : Normal / _____
(GEREKTİĞİNDE)

(*) Muayene eden doktorun lüzumlu görmesi halinde gereklidir.



KUZEY KIBRIS TENİS FEDERASYONU SPORCU TEMEL SAĞLIK MUAYENE FORMU

LABORATUVAR

HEMOGRAM	WBC	RBC	Hb	Htc	Plt

Fe	TDBK	Ferritin

BİYOKİMYASAL PARAMETRELER	Açlık Kan Şekeri	Total Kol.	HDL	LDL	KC Fonksiyon Testleri				Bb Fonksiyon Testleri	
					ALT	AST	Dir. Bil.	İnd. Bil.	Üre	Krea

TAM İDRAR TETKİKİ (*): Normal / _____

KARDİYOLOJİK DEĞERLENDİRME

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

Sporcunun Tenis oynamasında bir engel
bulunmamaktadır.

Sporcu 18 yaşından
küçük ise;

Velinin Adı Soyadı
İmza

Hekimin Adı Soyadı
İmza-Kaşe

Sporcu sağlık raporunun;

- İlk-lisans/Lisans (16 yaş ve daha küçük yaş sporcular) çıkarmak için Çocuk Hastalıkları Uzmanı, Aile Hekimi veya Spor Hekimliği Uzmanı tarafından,
- 17-18 yaş yeni lisans çıkarmak veya 18 yaşını bitirdikten sonra yapılacak vize veya transfer işlemi için Spor Hekimliği, Dahiliye veya Kardiyoloji Uzmanı tarafından onaylanmış, en fazla 6 ay içerisinde alınmış olması gereklidir.

(*) Muayene eden doktorun lüzumlu görmesi halinde gereklidir.