



# TÜRKİYE FUTBOL FEDERASYONU

## PROFESYONEL FUTBOLCU

### SAĞLIK KURULU RAPORU

FOTO

ADI SOYADI

: .....

BABA ADI

: .....

DOĞUM TARİHİ

: .....

DOĞUM YERİ

: .....

SEZON

: .....

KULÜBÜ

: .....

T.C. VATANDAŞLIK NO.

: .....

BİR ÖNCEKİ SEZON OYNADIĞI TOPLAM MAÇ SAYISI :

.....

**ÖYKÜ**  
**GENEL SAĞLIK**

1. Bugüne kadar bir sağlık kuruluşunda yatarak tedavi görmüşmüdür? .....
2. Bugüne kadar geçirdiği ameliyatlar: .....
3. Bugüne kadar geçirdiği tıbbi tedavi gerektiren yaralanmalar (kırık, vs) : .....

**KALP VE DAMAR SİSTEMİ**  
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Geçirilmiş herhangi bir kalp problemi / hastalığı
- Doğuştan kalp problemi
- Ailede kalp hastalığı hikayesi / 60 yaşından önce kalbe bağlı ani ölüm
- Ailede yüksek tansiyon hikayesi
- Diğer (Diabet, kan hastalığı v.s.)

Evet Hayır

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**AÇIKLAMA**

**SOLUNUM SİSTEMİ**  
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Geçirilmiş herhangi bir solunum sistemi problemi / hastalığı
- Astım (Geçirilmiş veya halen devam etmekte olan astım hikayesi)
- Diğer (Lütfen belirtiniz)

Evet Hayır

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**KULAK - BURUN - BOĞAZ**  
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Geçirilmiş kulak yolu enfeksiyonu
- Diğer (Lütfen belirtiniz)

Evet Hayır

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**SİNDİRİM SİSTEMİ**  
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Bugüne kadar geçirilmiş ve/veya devam etmekte olan sindirim sistemi ile ilgili problem, hastalık veya girişimsel uygulama

Evet Hayır

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
--------------------------	--------------------------	-------

**GENİTO ÜRİNER SİSTEMİ**  
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Bugüne kadar geçirilmiş ve/veya devam etmekte olan böbrek, idrar yolları, cinsel problem / hastalıkları

Evet Hayır

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
--------------------------	--------------------------	-------

**SİNİR SİSTEMİ**  
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Epilepsi (geçirilmiş ve/veya devam etmekte olan)
- Diğer (Lütfen belirtiniz)

Evet Hayır

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**GEÇİRİLMİŞ ATEŞLİ HASTALIKLAR**  
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

Evet Hayır

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
--------------------------	--------------------------	-------

**HALEN KULLANMAKTA OLDUĞU İLAÇLAR**  
(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

Evet Hayır

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
--------------------------	--------------------------	-------

**AŞILAR**  
(Hepatit aşıları, tetanoz aşısı, diğer)

Evet Hayır

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
--------------------------	--------------------------	-------

**ALERJİ**

(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

Evet

Hayır

**AÇIKLAMA****KAS İSKELET SİSTEMİ**

(Sorulara yanıtınız evet ise lütfen açıklamayı doldurunuz)

- Bugüne kadar geçirilmiş sportif yaşamı 1 aydan uzun süre kesintiye uğratan yaralanma / hastalıklar

Evet

Hayır

- Aşağıdaki anatomik bölgeleri ilgilendiren yaralanma / hastalıklar

Evet

Hayır

Ayak Ayak Bileği Diz Kasık-Kalça Bel Omuz, Kol ve El

Evet

Hayır

**LABORATUAR MUAYENELERİ****Biyokimya**

Kan Grubu :

Tam Kan:

Sedimentasyon:

Glikoz:

Bun:

Kreatinin:

Ürit Asit:

Kalsiyum:

Elektrolitler:

Alkalien Fosfataz:

CRP:

SGOT-SGPT:

Kolesterol:

Trigliserid:

HDL:

LDL:

VLDL:

Total Protein:

Alb.:

Tam İdrar:

**Mikrobiyoloji:**

HBs:

Anti-HBs:

Anti-HBc:

Anti-HIV:

**Radyoloji:**

Akciğer PA Grafisi (Raporun Sonucu):

**SİSTEMLERİN MUAYENESİ****Genel Bulgular**

Boy:

Ağırlık:

Göğüs Çevresi:

**SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ**

Deformite:

Solunum Sayısı:

**NÖROLOJİK MUAYENE**

Refleksler

**BAŞ, BOYUN VE KULAK-BURUN-BOĞAZ MUAYENESİ****KARIN MUAYENESİ****AĞIZ SAĞLIĞI**Futbolcunun  
İmzasıKulüp Doktorunun  
Adı, Soyadı  
İmza

## HAREKET SİSTEMİ MUAYENESİ

### Bulgular:

Ayak

Ayak Bileği

Diz

Kasık-Kalça

Bel

Omuz, Kol ve El

Diğer

Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı  
Adı, Soyadı & Kaşe  
İmza

## KALP VE DAMAR SİSTEMİ

Kan Basıncı :

Sağ Kol :

Sol Kol :

Nabız (Dört Ekstremitte):

— — — —

Kalp Muayenesi:

S1:

S2:

Ek Ses :

Frotman :

Marfan Fenotipi:

### Elektro Kardiyogram

12 Derivasyonlu istirahat EKG'si :

Eforlu EKG

### EKO Kardiyogram:

Sistol Sonu Çapı:

Arka Duvar Kalınlığı:

Sağ Ventrikül Çapı:

Sol Ventrikül Fonksiyonu:

Rapor:

Kardiyoloji Uzmanı  
Adı, Soyadı & Kaşe  
İmza

**KARAR :** FUTBOL OYNAMASINDA  
SAĞLIK AÇISINDAN BİR SAKINCA;

Vardır Yoktur

**RAPOR TARİHİ** : ...../...../20.....

**RAPOR NUMARASI** : .....

Kardiyoloji Uzmanı:

Ortopedi ve  
Travmatoloji Uzmanı:

Genel Cerrahi Uzmanı:

İç Hastalıkları Uzmanı:

Başhekim & Kurum Onayı