

# TOHM SPORCU SAĞLIK MUAYENE FORMU

## (İlk Muayene)

Federasyon Lisans No : ...../...../.....  
T.C.Kimlik No :

Adı Soyadı	:	Resim
Doğum Yeri ve Tarihi	:	
Kan Grubu	:	
Cinsiyeti	:	
Spor Dalı	:	
Spor Kulübü	:	
Antrenör Adı Soyadı	:	
Sosyal Güvence Durumu	:	
Telefon / E-mail	:	
Adres	:	

Öğrenim Gördüğü Okul :

Sporda Aldığı Başarılı Dereceler :

Spora Başlama Yaşı (Düzenli antrenmanlara – Haftada 3-4 günden daha fazla)

Yapılan Aşılar ve Tarihleri	Tetanos :	Suçiçeği (CP) :
	Hepatit B :	Menenjit (MC) :
	Kızamık :	Diğer :

### Alışkanlıklar:

Uyku sorununuz var mı? Evet ( ) Hayır ( )  
Takip ettiğiniz özel bir beslenme şekli var mı? Evet ( ) Hayır ( )  
Son bir yıl içinde 10 kilodan daha fazla ya da daha az kilo kaybınız oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )

Alkol:..... Sigara:..... Diğer:.....  
(kullanım sıklığı ve miktarı belirtiniz)

Aile Öyküsü (Aile bireylerinde veya yakın akrabalarınızda olan hastalıkları belirtiniz.)			
Sağlık Sorunu	Var	Yok	Akrabalık Derecesi
Kalp Hastalığı nedeniyle aniden ölen	( )	( )	
Kalp Hastalığı olan	( )	( )	
Yüksek Tansiyon	( )	( )	
Tüberküloz (Verem)	( )	( )	
Kanser veya Tümör	( )	( )	
Migren veya Şiddetli Baş Ağrısı	( )	( )	
Diyabet (şeker hastalığı)	( )	( )	
Böbrek – Mesane Hastalıkları	( )	( )	
Anemi (kansızlık) örn: Akdeniz Anemisi	( )	( )	

Mide ve Barsak Hastalıkları	( )	( )	
Alerji	( )	( )	
Astım	( )	( )	

**Sağlık özgeçmişinizle ilgili olarak aşağıdaki soruları cevaplayınız;**

Mevcut bir hastalığınız var mı?
Halen kullandığınız ilaçlar nelerdir?
Hastanede yatmanızı gerektirecek bir sağlık sorununuz oldu mu?
Trafik kazası-kafa travması geçirdiniz mi?
Hiç ameliyat oldunuz mu?
Alerjiniz var mı? (polen, yiyecek, ilaç, böcek, vs)
Spor yaparken herhangi bir şikâyetiniz var mı?
Spor yaralanması geçirdiniz mi?
Performansı arttırmak, kilo almak ya da kilo vermek için herhangi bir madde kullandınız mı, halen kullanmaya devam ediyor musunuz? (kreatin, aminoasit, vitamin, vs)

Sağlık Sorununuz Var mı?	Evet	Hayır	Ne Zamandan Beri?
Özellikle antrenman yaparken göğüs ağrısı, çarpıntı	( )	( )	
Nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma	( )	( )	
Çok çabuk yorulma	( )	( )	
Sık kas krampları ve yaygın kas ağrıları	( )	( )	
Kas, eklem, tendon sorunu	( )	( )	
Vücudun herhangi bir yerinde uyuşma, karıncalanma, his kaybı	( )	( )	
Bayılma nöbetleri	( )	( )	
Sık ve şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, denge kaybı	( )	( )	
Yaralanma ve kesiklerde (uzun süren) kanama	( )	( )	
Son zamanlarda aşırı kilo kaybı, iştahsızlık	( )	( )	
Karın ağrısı, ishal, kabızlık	( )	( )	
Dışkıda kan, dışkının koyu, siyah renkli olması	( )	( )	
Bağırsak paraziti (solucan, kurt, şerit vb.)	( )	( )	
Sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma veya akıntı	( )	( )	
Vücutta şişlikler (koltuk altında, kasıklarda, boyunda)	( )	( )	
Gözlerde görme kusuru, kaşıntı, kızarıklık, sulanma	( )	( )	
Kulak ağrısı, akıntısı, çınlaması, işitme güçlüğü	( )	( )	
Burundan nefes almada güçlük	( )	( )	
Sık burun kanaması	( )	( )	
Diş ve dişeti sorunu (çürük vb.)	( )	( )	
Diğer	( )	( )	

<b>Daha önce aşağıdaki nedenlerle hekime ya da hastaneye başvurduğunuz mu?</b>			
<b>Sağlık Sorunu</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Ne Zamandan Beri?</b>
Kalp rahatsızlığı	( )	( )	
Kalp romatizması	( )	( )	
Akut eklem romatizması	( )	( )	
Yüksek ya da düşük tansiyon	( )	( )	
Astım veya diğer solunum hastalığı	( )	( )	
Kan hastalıkları, kansızlık	( )	( )	
Varis, basur, damar iltihabı	( )	( )	
Diyabet (şeker hastalığı)	( )	( )	
Epilepsi (sara)	( )	( )	
Guatr	( )	( )	
Sarılık (Hepatit A, B, veya C)	( )	( )	
Zührevi (cinsel yolla bulaşan) hastalıklar	( )	( )	
Böbrek-mesane hastalıkları (kum, taş vb.)	( )	( )	
Migren	( )	( )	
Kulak, kurun boğaz sorunları (sinüzit, bademcik vb.)	( )	( )	
Cilt hasatlığı (egzama, mantar, siğil, uçuk vb.)	( )	( )	
Sıtma	( )	( )	
Diğer eklem hastalıkları	( )	( )	
Fıtık	( )	( )	
Gözlük- kontak lens kullanıyor musunuz?	( )	( )	
Herhangi bir işitme sorunuz var mı?	( )	( )	
Bunun için bir aparat kullanıyor musunuz?	( )	( )	
Böbreğiniz iki tane mi?	( )	( )	
Testisiniz iki tane mi?	( )	( )	
Gıda-ilaç alerjisi	( )	( )	

**Spor Yaralanması Geçirdiyse Aşağıda Belirtiniz.**

Tarih	Yaralanan Bölge	Tanı	Tedavi	Sonuç

**Yalnız bayan sporcular için**

İlk adet görme yaşı : ..... Düzenli adet görmeye başladığınız yaş : .....

Adet görme süresi : ..... (gün) Adet düzeni : Düzenli ( ) Düzensiz ( )

Gebelik sayısı : ..... Doğum sayısı : ..... Çocuk sayısı: .....

Adetler ağrılı ve kramp tarzında mı ?.....

Aşırı adet kanaması var mı ? .....

Doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz? .....

Gebelik veya doğumda sağlık sorunu oldu mu ? .....

Göğüslerde şişlik, akıntı, ağrı, kist oldu mu? .....

Diğer sorunlar .....

Yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

**Sporcunun imzası**

**Sporcu velisinin imzası**  
(18 yaşın altında ise)

**Tarih**

**SPORCU FİZİK MUAYENE FORMU**

Boy Uzunluğu (cm) : Vücut Ağırlığı (kg) : Dominant Taraf (el/ayak):  
Kan Basıncı(mm Hg) : Nabız Hızı : Solunum Sayısı :

**1. Dâhiliye:**

2. **Kardiyoloji:** İstirahat EKG ve Ekokardiyografi sonucu eklenecektir. Gerektiğinde eforlu EKG istenmelidir.

**3. Genel Cerrahi:**

4. **Ortopedi ve Travmatoloji:** Postur analiz formu doldurularak, performans sporu yapmaya engel bir postur bozukluğu varsa belirtilecektir (skolyoz, polio sekeli, bacak kısalığı, üçüncü derece pes planus gibi)

**5. Göz Hastalıkları:****6. Nöroloji:****7. Kulak Burun Boğaz:**

Başvurduğunuz hastanede spor hekimi uzmanı varsa, sağlık raporunun tamamlanması işlemi **Spor Hekiminin** koordinatörlüğünde yürütülecektir.

### LABORATUVAR BULGULARI:

#### Tam Kan Sayımı 1:

Tarih	Hb g/dL	Hct %	Eritrosit / $\mu$ L	Lökosit x $10^3$ / $\mu$ L	Trombosit x $10^3$ / $\mu$ L

#### Tam Kan Sayımı 2:

Tarih	MCV fL	MCH pg	MCHC g/dL	RDW %	Nöt-Eo %	Mo-Le %

#### Biyokimya 1:

Tarih	AKŞ	SGOT	SGPT	GGT	ALP	LDH	Amilaz	CPK	T.Bil	D.Bil	I.Bil.

#### Biyokimya 2:

Tarih	T.Kol.	HDL	LDL	TG	Üre	Ürik Asit	Kreatinin

#### Biyokimya 3:

Tarih	Vitamin B12	Folik asit	Serum demir	TDBK	Transferrin	Ferritin

#### Tam İdrar Tahlili:

Tarih	Dansite	Ph	Lökosit	Eritrosit	Keton	Protein	Bilirubin	Glukoz	Mikroskopi

#### Gaita Tahlili:

Tarih	Görünüm	Kanama	Lökosit	Parazit

## SPORCU AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI İLK MUAYENE FORMU

**D: (çürük diş)**

Mevcut Durum														
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	75	74	73	72	71
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					

**M: (çekilmiş diş)**

Mevcut Durum														
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	75	74	73	72	71
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					

**F: (dolgu diş)**

Mevcut Durum														
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	75	74	73	72	71
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]							
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					

**DİŞETİ KANAMASI:**

Var:

(Kendiliğinden:  Fırçalama ile:  )

Yok:

Tanı(?):.....

**FIRÇALAMA ALIŞKANLIĞI:**

Günde 2 kez:  2-3 günde:  Haftada:  3-4 haftada:  Yok :

**BU GÜNE KADAR DİŞHEKİMİNE GİTME SIKLIĞI:**

Gitmedim:  1 kez:  2-5 arası:  5-10 arası:  10'dan fazla:

**LENF MUAYENESİ:**.....

**(TME) EKLEM MUAYENESİ:**

Eklemler ve çevre dokularda ağrı?

Var:

Yok:

Ağız açma-kapamada eklemde ses?

Var:

Yok:

Eklemlerde ağız açmada zorluk-kilitlenme?

Var:

Yok:

(Varsa; Sabahları :  Gün içinde: )

Eklemlerde çiğneme sırasında ses-ağrı?

Var:

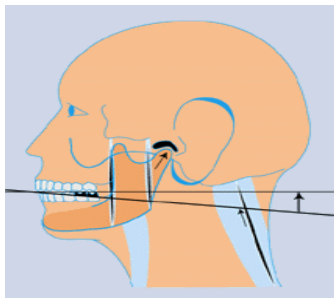
Yok:

Geçmişte çene eklemi ile ilgili tedavi gördünüz mü?

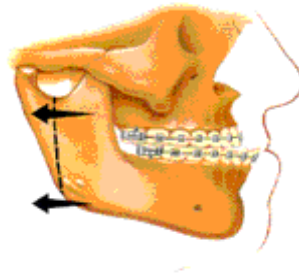
Evet:

Hayır:

Sol eklem.



Sağ eklem.



Ön Tanı(?):.....

**Ağız koruyucu tipi:**

**Kullandığı ilaç:**

**Alışkanlıkları:**

**Diğer Bulgular:**

## POSTÜR ANALİZİ

Sporcunun Adı Soyadı: .....

Muayene Tarihi: ..../..../.....

### A) LATERAL ANALİZ (İlgili kutucuğa X işareti koyunuz)

<b>1- Ayak</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Pesplanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Pescavus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>2- Dizler</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Genu rekurvatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Fleksion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>3- Pelvis</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Anterior tilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Posterior tilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>4- Omurga</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Lordozda artma/azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Kifoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c) Kifolordoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>5- Omuzlar</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Yuvarlaklaşarak öne doğru gelişme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Aşırı miktarda geriye çekilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>6- Baş</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Anterior tilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Posterior tilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

### B) ANTERİÖR ANALİZ (İlgili kutucuğa X işareti koyunuz)

<b>1- Ayak</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) İnversiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Eversiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c) Parmakta Halluksvalgus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d) Çekiç parmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>2- Bacaklar</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Tibialtorsiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Genuvarum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c) Genuvalgum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>3- Kalça</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Spina ilacaant.sup.lar arasında asimetri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>4- Göğüs</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Çökük göğüs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Huni tipli göğüs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c) Fıçı göğüs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d) Güvercin göğüs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>5- Omuzlar</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Sağ ve sol omuz arasında arasında asimetri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Yuvarlak omuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>6- Baş</b>	1- Var	2-Yok	Açıklama:
a) Sağa veya sola tilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Sağa veya sola rotasyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....



<b>7- Kollar</b>	<b>1- Var</b>	<b>2-Yok</b>	<b>Açıklama:</b>
a) Dirseklerde normal taşıma açısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Kollar arasında uzunluk farkı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>C) POSTERİOR ANALİZ (İlgili kutucuğa X işareti koyunuz)</b>			
<b>1- Ayak</b>	<b>1- Var</b>	<b>2-Yok</b>	<b>Açıklama:</b>
a) Ayak pronasyonu (kalkeneal tendon içe kaymış)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b) Ayak supinasyonu (kalkeneal tendon dışa kaymış)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>2- Omurga</b>	<b>1- Var</b>	<b>2-Yok</b>	<b>Açıklama:</b>
a) Skolyoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....