

SAĞLIK BİLGİ FORMU

Sporcu Adı Soyadı : Anne Cep :
Doğum Tarihi : / / Baba Cep :
Kamp / Yarış Dönemi : Boy : cm. Aile Doktorunun Adı :
..... Kilo : kg. Aile Doktorunun Telefonu :

SAĞLIK ÖZGEÇMİŞİ

! Aşağıdaki bilgiler sporcunun ailesi veya vasisi tarafından doldurulmalıdır.

1. ALERJİLER

Lütfen alerjilerin reaksiyonlarını ve reaksiyon yönetimini tanımlayınız.

İlaç Alerjisi (Listeleyiniz)	Yiyecek Alerjisi (Listeleyiniz)	Diğer Alerjiler (böcek, çiçek, hayvan, vs...)

Sporcuların WADA ve TDMK yasaklı listelerinde bulunan maddeleri içeren ilaçları almamaları kendi sorumluluklarıdır.
Ayrıntılı bilgi <http://www.tdmk.org.tr> sitesinden alınabilir.

2. İLAÇ ALIMI

Lütfen düzenli olarak alınan tüm ilaçları; dozajları ve saatleri ile birlikte listeleiniz.

Çocuğumun düzenli olarak kullandığı ilaç yoktur. Çocuğumun düzenli olarak kullandığı ilaçlar ve dozajları aşağıdadır.

İlaç Adı	Dozaj	Saat	Kullanma Sebebi

3. BESLENME SINIRLAMALARI

- Kırmızı et yiyemez.
 Tavuk, hindi yiyemez.
 Deniz mahsülleri yiyemez.
 Yumurta yiyemez.
 Özellikle yiyemediği diğer yemekler:
.....
.....

4. GEÇİRDİĞİ HASTALIKLAR

- Kızamık Kabakulak
 Su Çiçeği Sarılık
 Kızamıkçık Diğer.....

5. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

Sporcunun özel sağlık sigortası Var Yok
Sigorta şirketi adı :
Sigorta No :

6. SON AŞI TARİHLERİ

Lütfen sporcunun ne zaman tetanos aşısı olduğunu belirtiniz. Şüphe durumunda doktorumuz tetanos iğnesi vuracaktır.

Tetanos Aşısı : / /
Karma Aşı : / /
Çocuk Felci Aşısı : / /
Su Çiçeği Aşısı : / /
Tüberküloz Aşısı : / /
Kızamık Aşısı : / /

7. GENEL SAĞLIK DURUMU

Yakın zamanda yaralanma, hastalanma ya da enfeksiyon hastalığı oldu mu? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	Son 1 yıl içerisinde aile ilişkilerinde önemli herhangi bir değişiklik oldu mu? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	Lütfen "EVET" olanları açıklayınız, bunların dışında geçirdiği önemli rahatsızlıkları belirtiniz. (Danışmanların sporcuya daha iyi tanımaları için, kampçının fiziksel, duygusal ve davranış durumunu belirten bir mektup da ekleyebilirsiniz)
Eklemle ilgili problemi var mı? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	Kalbinde üfürüm duyuldu mu? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	
Kampa dış teli veya benzeri aletler getirecek mi? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	Astımı var mı? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	
Kronik veya tekrarlayan bir hastalığı var mı? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	İshal ya da kabızlık problemi var mı? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	
Tekrarlayan kulak enfeksiyonu var mı? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	Hastanede yatırıldı mı? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	
Havale geçirdi mi? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	Ciltte kaşıntı, döküntü, sivilce var mı? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	
Herhangi bir ameliyat geçirdi mi? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	Kafa travması geçirdi mi? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	
Sık sık başağrısı olur mu? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	Şeker hastalığı var mı? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	
Yatağını ıslatır mı? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	Sırttan problemi var mı? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	
Gözlük ya da lens kullanıyor mu? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	Uyurgezer mi? <input type="radio"/> E <input type="radio"/> H	

GEREKLİ TEDAVİ VE İLK YARDIMIN YAPILMASI İÇİN YETKİ VERİLMESİ

Sporcuya herhangi acil bir tıbbi müdahale yapılması gerekli hallerde, anne babası ya da vasisi tıbbi kuruma ulaşmaya kadar gerekli her türlü müdahale için ilgili TYF personelini karar vermek üzere yetkili kılıyoruz.

Veli Adı Soyadı :

İmza :