



# TEMEL SAĞLIK MUAYENE FORMU

Doküman Kodu	PLK.FR.62
Yayın Tarihi	19.07.2019
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	1 / 2

Adı ve Soyadı:	FOTOĞRAF	
TC Kimlik No:		
<b>E-Mail Adresi:</b>		
Doğum Tarihi (G/A/Y): ___/___/___		Muayene Tarihi (G/A/Y): ___/___/___
Boy (m):		BKİ (ağırlık/boy <sup>2</sup> ):
Ağırlık (kg):		Yağ (%) (mümkünse):
Nabız:		Kan basıncı: ___ / ___ mmHg
Solunum hızı: ___ / dakika		Cinsiyet: K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Hekimin adı ve soyadı:		
Kurum:		

TEMEL ÖYKÜ	CEVAP	AÇIKLAMA
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"/>	
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"/> Enfeksiyon <input type="checkbox"/> Diğer .....
Geçirdiğiniz ameliyat(lar) var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Egzersiz sırasında veya sonrasında bayılma geçirdiniz mi?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Egzersiz sırasında dudaklarınızda hiç morarma oldu mu?	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"/>	
Kalbinizde durup dururken hızlanma/yavaşlama oldu mu?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Doktorunuz hiç kalp sorunuz olduğunu söyledi mi?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Enfeksiyon <input type="checkbox"/> Kawasaki Hast. <input type="checkbox"/> Üfürüm <input type="checkbox"/> Diğer .....
Doktorunuz sizden hiç herhangi bir kalp testi istedi mi?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> EKO <input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> Diğer .....
Egzersiz sırasında baş dönmesi veya nefes darlığı hissettiniz mi?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Hiç nöbet geçirdiniz 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"/>	
Ailenizde 50 yaşından önce kalp sorunu veya açıklanamayan nedenler ile ölen var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Ailenizde kalp pili veya defibrilatör taşıyan var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Adet gördünüz mü? (Kızlar için)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	Adet başlama yaşı: ___
Erkekler için: İnmemiş testis var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	Solda <input type="checkbox"/> Sağda <input type="checkbox"/>



# TEMEL SAĞLIK MUAYENE FORMU

Doküman Kodu	PLK.FR.62
Yayın Tarihi	19.07.2019
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa Numarası	2 / 2

TEMEL MUAYENE	NORMAL	ANORMAL
Omurga (boyun, göğüs, bel, sakrum; kifoz, lordoz, skolyoz)	<input type="checkbox"/>	
Pelvis muayenesi	<input type="checkbox"/>	Tilt: <input type="checkbox"/> Öne <input type="checkbox"/> Arkaya <input type="checkbox"/> Yana
Üst ekstremiteler (omuz, kol, dirsek, önkol, bilek, el)	<input type="checkbox"/>	
Alt ekstremiteler (kalça, uyluk, diz, bacak, bilek, ayak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anormal Q açısı <input type="checkbox"/> Genu varum <input type="checkbox"/> Düztabanlık <input type="checkbox"/> Genu valgum <input type="checkbox"/> Yüksek kemer
Alt ekstremiteler uzunlukları (spina iliaca anterior superior - malleolus medialis arası uzunluk)	Sol : ____ Sağ: ____	
Kardiyovasküler muayene	<input type="checkbox"/>	
Solunum muayenesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soluk alma zorluğu <input type="checkbox"/> Burun tıkanıklığı <input type="checkbox"/> Gece uykusu bozukluğu
İşitme muayenesi	<input type="checkbox"/>	
Görme muayenesi	<input type="checkbox"/>	
Nörolojik muayene (denge, koordinasyon, kuvvet, epilepsi, serebellar belirtiler, uyuşmalar, refleksler)	<input type="checkbox"/>	
Abdomen muayenesi	<input type="checkbox"/>	
Tam kan sayım, demir, demir bağlama kapasitesi, HIV, hepatit A, hepatit B(1)	<input type="checkbox"/>	
Tam idrar tahlili(1)	<input type="checkbox"/>	

## KARDİYOLOJİK MUAYENE

Velinin adı soyadı  
İmza

Hekimin adı soyadı  
İmza-kaşe