



FİZİKSEL ENGELİ Olan Tüm Sporcular İçin Tıbbi Teşhis Formu

Sporcu Para Yüzme yarışlarına katılmaya hak kazanabilmek için **Kalıcı** ve **Uygun** engelle sonuçlanan altta yatan bir tıbbi tanıya (sağlık durumu) sahip olması gerekir. (Dünya Engelli Yüzme Sınıflandırması Kuralları ve Yönetmelik Madde 7.) **Sınıflandırma sırasında yapılacak ölçüm aşağıda belirtilecek tanıya karşılık olarak yapılacaktır.**

Doldurulmuş formlar ve ilgili Tıbbi teşhis bilgileri ilgili mail adresine gönderilmelidir. Türkiye Yüzme Federasyonu, ek bilgiye ihtiyaç duyulması halinde daha fazla bilgi talep etme hakkını saklı tutar. Sporcu, talep edilen bilgiler sağlanana kadar sınıflandırmaya giremeyecektir.

Sporcu Bilgileri

İsim Soyisim:	
Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Doğum Tarihi:	
Klüp:	

Medikal Bilgi: (Bu kısım bir doktor/fizyoterapist/sağlık personeli tarafından doldurulmalıdır.)

Sporcu Tıbbi Teşhisi (Sağlık Durumu):	
Etkilenen vücut bölgesi/bölgeleri ve limitasyonları:	
Tıbbi teşhisinden kaynaklanan Birincil Bozukluk/bozukluklar:	<input type="checkbox"/> Bozulmuş kas gücü <input type="checkbox"/> Pasif hareket açıklığının bozulması <input type="checkbox"/> Ataksi <input type="checkbox"/> Atetoz <input type="checkbox"/> Hipertoni <input type="checkbox"/> Bacak boyu farkı <input type="checkbox"/> Uzun eksikliği/kaybı <input type="checkbox"/> Cücelik (yükseklik: _____ cm)
Medikal durumu:	<input type="checkbox"/> Kalıcı <input type="checkbox"/> İlerleyici <input type="checkbox"/> Dalgalı

Başlangıç yılı:	Konjenital <input type="checkbox"/>
Eklenecek Tanısal Kanıtlar: Yukarıdaki tanıyı destekleyen TÜM kanıtlar TÜM sporcular için EKLENMELİDİR:	
<input type="checkbox"/> Tıbbi Teşhis Raporu ve Fiziksel Muayene sonuçları (Örneğin, -Omurilik Yaralanmalı Sporcular için ASIA ölçeği, -Serebral Palsili Sporcular için Ashworth Ölçeği, -Dismelia ve amputasyonlu sporcular için o bölgeye ait X-Ray görüntüleri ve amputasyonu/ekstremitesi gözükecek şekilde önden, arkadan, yandan çekilmiş fotoğrafları)	
<input type="checkbox"/> Ek teşhis testlerinden elde edilen rapor(lar) (EMG, MRI, CT, X-Ray)	
Tedavi Hikayesi (varsa ameliyatları):	
Düzenli olarak kullanılan ilaçlar, dozajları ve kullanım sebepleri:	
Ek tıbbi durumların/teşhislerin varlığı:	<input type="checkbox"/> Görme bozukluğu <input type="checkbox"/> Zihinsel bozukluk <input type="checkbox"/> İşitme bozukluğu <input type="checkbox"/> Psikolojik teşhisler <input type="checkbox"/> Solunum fonksiyonunda bozulma <input type="checkbox"/> Bozulmuş metabolik fonksiyonlar <input type="checkbox"/> Kardiyovasküler fonksiyonlarda bozulma <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Eklem hipermobilitesi/instabilitesi <input type="checkbox"/> Kas dayanıklılığının bozulması (örneğin, Kronik yorgunluk) <input type="checkbox"/> Diğer: _____
Ek tıbbi durumları açıklayınız:	
Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum. Doktor/Fizyoterapist/Sağlık Personeli Adı Soyadı:	
İmza:	
Mezun olduğu üniversite / mezuniyet yılı:	
E-mail:	
Telefon:	