



**SPORTSPECIFIEK
MEDISCH
PROTOCOL**

Dit medische protocol dient in het bezit te zijn van jezelf en de arts die het onderzoek heeft uitgevoerd. Enkel het Medisch Geschiktheidsattest (laatste pagina) dient te worden geüpload via 'Mijn Gymfed' – 'Mijn Geschiktheidsattest'.

Datum onderzoek:

In te vullen door de sporter (in blokletters):

Naam:	Geboortedatum: / /
Voornaam:	Geslacht: M / V
Adres:	Discipline: toestelturnen meisjes / toestelturnen jongens/ RG / TRA / ACRO / TU
Tel.:	AER
GSM:	Niveau: A
E-mail:	Aantal uren training/week:
	Club:

Wie sport moet weten waar de lijn ligt
<https://www.dopinglijn.be/>

Voor dit seizoen voeren we owv de Covid-19 situatie volgende WIJZIGINGEN door:

- **Deadline opladen attest:** ten laatste op zondag 4 weken voor de betreffende wedstrijd.
- **Geldigheid attest:**
 - Attest vorig seizoen opgeladen? Dan wordt dit automatisch verlengd, opladen voor dit seizoen is niet meer nodig.
 - Nieuw attest dit seizoen opgeladen? Dan blijft dit attest ook volgend seizoen geldig.



**SPORTSPECIEK
MEDISCH
PROTOCOL**

In te vullen door de sportarts (in blokletters):

STATISCH ONDERZOEK:

Schouder scheefstand <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Bekkenscheefstand <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Afwijkingen WK:	Mobiliteit WK:
Scoliose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Flexie ++ 0 -- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hyperlordose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Extensie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hyperkyfose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Lateroflexie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Flatback <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Rotatie links <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Rotatie rechts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(++) beweging is extreem

(0) beweging is normaal

(--) beweging is belemmerd

	links			rechts				links			rechts		
	++	0	--	++	0	--		++	0	--	++	0	--
Bovenste ledematen:							Onderste ledematen:						
Schouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heupen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abductie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abductie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adductie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funct.hand-nek/rug	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg			<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg			Exorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprehensietest							Endorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pronatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ligam. laxiteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supinatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kruisbandlaxiteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Meniscustest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Genu varum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							valgum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							recurvatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enkels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palmaire flexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plantaire flexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorsiflexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dorsiflexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulnaire deviatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eversie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiaire deviatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inversie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pronatie	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supinatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pes cavus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							planus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							spreidvoet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							calcaneus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							hallux valgus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**SPORTSPECIFIEK
MEDISCH
PROTOCOL**

Opmerkingen:

Aanvullende onderzoeken:

Radiologie
Consult geneesheer-specialist
Urine-onderzoek labo

ANTECEDENTEN

Astma:	Medicatie (incl. voedingssupplementen):
Diabetes:	
Allergieën:	
Operaties:	
Andere:	
Vroegere letsels:	

KLINISCH ONDERZOEK

Gestalte:	cm	Vetgehalte:	BMI:
Gewicht:	kg	biceps brachii :	mm subscapularis :
Gebit: advies van tandarts	gewenst ja / nee	triceps brachii :	mm suprailiacaal :
Urine-onderzoek	eiwit (*) rode bloedcellen (*)	Menses:	
	glucose (*) ketonen (*)	Menarche:.....	

(*) indien positief, graag een labo-controle

CARDIO-RESPIRATOIR ONDERZOEK

Peak flow:	Hart- en longauscultatie: (*)
Vitale Capaciteit:	
Pols:	
Bloeddruk:	
<i>(*) bij afwijking submaximale inspanningsoefening</i>	



In te vullen door de sportarts (in blokletters):

MEDISCH GESCHIKTHEIDSATTEST

Voor dit seizoen voeren we owv de Covid-19 situatie volgende **WIJZIGINGEN** door:

- **Deadline opladen attest:** ten laatste op zondag 4 weken voor de betreffende wedstrijd.
- **Geldigheid attest:**
 - Attest vorig seizoen opgeladen? Dan wordt dit automatisch verlengd, opladen voor dit seizoen is niet meer nodig.
 - Nieuw attest dit seizoen opgeladen? Dan blijft dit attest ook volgend seizoen geldig.

--> Deze uitzonderlijke geldigheid van 2 jaar zal naar de toekomst toe door de medische commissie verder bekeken worden.

Ik, ondergetekende, verklaar dat onderzochte:(Naam en voornaam gymnast)

medisch geschikt voor competitie

Medisch ongeschikt tot sporten

Tijdelijk ongeschikt tot/...../.....

1.tot herstel kwetsuur op/...../.....

2.tot na het uitvoeren van extra onderzoek (omcirkel het uit te voeren onderzoek)

* Electocardiogram ja/nee.....

* Bloedafname ja/nee.....

* RX/CT scan/MRI ja/nee

* ander onderzoek ja/nee

Datum,

Stempel geneesheer + erkenningsnummer,

Handtekening,