



**SPORTSPECIFIEK
MEDISCH
PROTOCOL**

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/>

**Graag vóór 15 december indienen
(indien een wedstrijd vroeger valt -> zie technisch reglement desbetreffende discipline
voor aangepaste deadline)**

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'.



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



**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

Graag ten laatste vóór 15 december dit Medisch Geschiktheidsattest uploaden via 'Mijn GymFed'! In geval van blessure uploaden ten laatste 14 dagen vóór deelname aan de eerste wedstrijd.

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,