



**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:

Samen voor fairplay
www.dopingvrij.vlaanderen

Graag tegen ten laatste 15 november indienen via "Mijn Gymfed" - "Mijn Geschiktheidsattest"
(indien een wedstrijd vroeger valt -> zie technisch reglement desbetreffende discipline voor aangepaste deadline)



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

Graag ten laatste tegen 15 november dit Medisch Geschiktheidsattest uploaden via 'Mijn GymFed' – 'Mijn Medisch Geschiktheidsattest'. 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,