



**SPORTSPECIFIEK
PROTOCOL
MEDISCH**

Datum ontvangen:

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 / RS
GSM:	Niveau: A
E-mail:	Aantal uren training/week:
	Club:

Wie sport moet weten waar de lijn ligt
De dopinglijn : 078-15 35 45

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

terug te sturen naar het secretariaat van de Medische Commissie:
Gymnastiekfederatie Vlaanderen, Huis van de Sport, Zuiderlaan 13 te 9000 Gent
of mailen naar: verzekeringen@gymfed.be

In te vullen door de sportarts (in blokletters):

STATISCH ONDERZOEK:

Schouder scheefstand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Bekken scheefstand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Afwijkingen WK:			Mobiliteit WK:	++	0	--
Scoliose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Flexie	<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

Bovenste ledematen:	links			rechts			Onderste ledematen:	links			rechts		
	++	0	--	++	0	--		++	0	--	++	0	--
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"/>	<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"/>
Apprehensietest	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellebogen							Knieën						
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"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Supinatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kruisbandlaxiteit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
							Meniscustest	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
							Genu varum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
							valgum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
							recurvatum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Polsen							Enkels						
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"/>	Pes cavus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Supinatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	planus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
							spreadvoet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
							calcaneus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
							hallux valgus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Opmerkingen:

Aanvullende onderzoeken (*):

- Radiologie
- Consult geneesheer-specialist
- Urine-onderzoek labo

(* Gelieve een verslag op te sturen naar de Medische Commissie.

ANTECEDENTEN

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

KLINISCH ONDERZOEK

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

(*) indien positief, graag een labo-controle

CARDIO-RESPIRATOIR ONDERZOEK

Peak flow:	Hart- en longauscultatie: (*)
Vitale Capaciteit:	
Pols:	
Bloeddruk:	

() bij afwijking submaximale inspanningsoefening*

In te vullen door de sportarts (in blokletters):

MEDISCH GESCHIKTHEIDSATTEST

Ik, ondergetekende, verklaar dat onderzochte:

- medisch geschikt voor competitie
- medisch (tijdelijk) ongeschikt voor competitie

Datum,

Stempel geneesheer + erkenningsnummer,

Handtekening,