

Turnspecifiek Medisch Protocol

Datum ontvangen :

In te vullen door de gymnast (in blokletters) :

Naam gymnast :	Geboortedatum : / /
Voornaam :	Leeftijd in jaren: jaar
Adres :	Geslacht : M / V
.....	Discipline : AGD / AGH / RG / TR
.....	ACRO / TU / AER / RS
Tel :	Niveau : A
GSM :	Aantal uren training / week
Email :	Club :
	Aansluitingsnummer :

Wie sport moet weten waar de lijn ligt
De dopinglijn : 078-15 35 45
www.dopinglijn.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							Heupen						
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	
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	
							Meniscustest	<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	
							valgum	<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	
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"/>
Radiale 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"/>							
Supinatie	<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	
							planus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
							spreidvoet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
							calcaneus	varus/valgus		varus/valgus		varus/valgus	
							hallux valgus	<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 :	
Plots overlijden in de familie (jonger dan 50 jaar):	
Oorzaak:	

KLINISCH ONDERZOEK :

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

(*) indien positief, graag een labo-controle

CARDIO-RESPIRATOIR ONDERZOEK :

Pols :	Hart- en longauscultatie : (*)
Bloeddruk :	
EKG (op 10/16 jaar):	(*) bij afwijking submaximale inspanningsoefening

In te vullen door de sportarts (in blokletters) :

MEDISCH GESCHIKTHEIDSATTEST

Ik, ondergetekende, verklaar dat onderzochte

- medisch geschikt
- medisch (tijdelijk) ongeschikt

is voor wedstrijdturnen.

Datum,

Stempel geneesheer + erkenningsnummer,

Handtekening,