

Medicinskt kort

Underlag för ansökan om klassificering som idrottare med rörelsenedsättning inom Svenska Friidrottsförbundet

TILL DIG SOM BLIVIT OMBEDD ATT FYLLA I DETTA KORT

(syncentral eller ögonläkare)

För att uppnå jämlika förutsättningar för de tävlande är indelning i klasser efter funktionsnedsättning nödvändig. Klassindelning görs med utgångspunkt från uppgifterna på detta kort, varför vi ber dig att fylla i det så noggrant som möjligt. Kortet lämnas till Anna Bätelson Höjer på Svenska Friidrottsförbundet.

Har du frågor kontakta Anna Bätelson Höjer.

e-mail: klassificeringar@friidrott.se

Namn: _____

Gatuadress: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

Födelsedata: _____ Telefonnr: _____ / _____

Förening: _____

Idrott: _____

Funktionsnedsättning _____

_____ År för skadetillkomst eller sjukdomsdebut: _____

Andra relevanta diagnoser: _____

Högerhänt Vänsterhänt

Undersökning/testning utförd den _____ / _____ 20 _____

av: _____

Titel: _____ Tel dagtid: _____ / _____

e-mail: _____

1. CP-SKADA

För CP-skada ska särskilt formulär användas. Finns på Svensk Friidrotts hemsida.

2. AMPUTATION

(Minst hel hand eller fot eller jämförbar medfödd defekt)

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arm | <input type="checkbox"/> Höger | <input type="checkbox"/> Vänster |
| Nivå (armbåge) | <input type="checkbox"/> Över | <input type="checkbox"/> Under |
| <input type="checkbox"/> Ben | <input type="checkbox"/> Höger | <input type="checkbox"/> Vänster |
| Nivå (knä) | <input type="checkbox"/> Över | <input type="checkbox"/> Under |

Andra amputationer: _____

3. LEDSTELHET

A. Total rörelseförmåga i endera axel, armbåge, handled, höft, knä eller fot

Ange lokalisation _____

B. Inskränkt rörlighet, v g använd tabellen på baksidan av kortet

4. ANNAT RÖRELSEHINDER

5. FÖRLAMNINGSSKADA

Hemiplegi – Hemipares Höger Vänster
 Lätt Måttlig Uttalad

Motorisk skadenivå (gäller ryggmärgsskador)

Total pares under: _____

Partiell pares under _____

Spasticitet

Ingen Lätt Måttlig Svår

Balans i sittande

Normal Hygglig Dålig Ingen

Använder rullstol för dagliga aktiviteter ja nej

Idrottar i rullstol ja nej

Övriga upplysningar som kan underlätta klassificering
 (gäller alla funktionsnedsättningar)

MUSKELTEST – gäller förlamningsskada LEDRLIGHET – gäller ledsjukdom		Muskelstyrka* (Daniels & Worthingham)		Passivt rörelseomfång (grader)	
		Höger	Vänster	Höger	Vänster
SKULDRA	Flexion (normal 180°)				
	Extension (45°)				
	Abduktion (180°)				
	Utåtrotation (60°)				
ARMBÅGE	Flexion (150°)				
	Extension (0°)				
HANDLED	Dorsalflexion (70°)				
	Palmarflexion (80°)				
FINGRAR	Flexion MP (90°)				
	Extension MP (15°)				
HÖFT	Flexion (120°)				
	Extension (0°)				
	Abduktion (45°)				
	Adduktion (20°)				
KNÄ	Flexion (135°)				
	Extension (0°)				
FOTLED	Dorsalflexion (20°)				
	Plantarflexion (45°)				

Ev. kommentarer till testet:

*) Förklaring till muskeltestet:

0 = Ingen muskelaktivitet märks.

1 = En ryckning kan ses i muskeln, men ingen rörelse kan utföras.

2 = En rörelse kan utföras genom hela rörelsebanan med kroppsdelen avlastad, t ex i vatten eller på glidbräda.

3 = Kroppsdelen kan lyftas mot tyngden genom hela rörelsebanan, t ex sitta med böjt knä och klara att sträcka det.

4 = Som grad 3, plus att något motstånd kan läggas på rörelsen.

5 = Full styrka genom hela rörelsebanan.