



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

Ärende: LÄKARUNDERSÖKNING

Datum: 2018-01-18

LÄKARES ANVISNING OCH UTFÄSTELSE

Detta är en tjänstbarhetsbedömning inom ramen för Svensk luftfarts regelverk. Råder tveksamheter angående kravspecifikationerna skall i första hand Svenska Bestämmelser Fallskärmsverksamhet (SBF) konsulteras och i andra hand SFF förbundsläkare som är auktoriserad flygläkare. Kontakt görs genom SFF kansli. SBF finner du under "fakta för hoppare" på www.sff.se. **Kom ihåg att detta är myndighetsutövning**, du som läkare har ditt ansvar gentemot regelverket, **EJ** gentemot den blivande hopparen då han/hon **EJ** är patient!

Allmänna hälsokrav för fallskärms hoppare

Den som avser att hoppa fallskärm skall vara fri från sjukdom eller skada som kan utgöra risk. Fr.a. syn, rörelseapparat, hjärta/lungor och mental kapacitet/mognad är avgörande för säker hoppning. Detta innebär t.ex. att en ej opererad axelluxation är absolut diskvalificerande, liksom diagnoser inom NPS- och AST-grupperna. Med anledning av de speciella fysiska och fysiologiska förhållanden som gäller vid fallskärms hoppning är kraven strängare än för andra sporter och läkarundersökningen är av mycket stor vikt.

Fallskärms hoppning i korthet

Hoppet sker från flygplan med uthoppshöjd upp till 4000 meter, vilket inte medför problem med personer med normal syreupptagningsförmåga. Blodgivare bör ej företa fallskärms hopp inom 24h efter blodgivning. Under det fria fallet, 2-70 sekunder, kommer hopparen upp i hastigheter runt 200-300km/h. Hopparna är ofta i nära fysisk kontakt med varandra under det fria fallet. När man utlöser fallskärmen, bromsas fallhastigheten från ca 200 km/h till ca 20 km/h (55 => 5 m/sek) under loppet av några sekunder. Kroppen utsätts då för ett distinkta krafter kring axlar, höfter, nacke och ryggraden utsätts för en komprimerande kraft. Det förekommer att huvudet trycks framåt/nedåt vid uppbromsningen.

Den avslutande delen av hoppet sker under utvecklade fallskärm. Hoppare ska i detta skede kunna orientera sig, observera horisonten runt om för att upptäcka andra hoppare i fallet samt studera markförhållandena för att i god tid planera sin landning.

Vid landningen bromsar hopparen fallskärmens fart, dock kan vid landningsögonblicket framförallt fotleder, knän och rygg utsättas för belastning. Landningen sker ofta springande, ibland med avsevärd framåtfart. Avståndsbedömningen är därför mycket viktig för en säker landning.

Det förekommer också pga oförutsedda väderskiftningar enstaka landningar i vattendrag. Alla hoppare skall kunna simma 200m. Nödsituationer kan uppstå. God uppfattningsförmåga och gott omdöme är av yttersta vikt för att kunna analysera situationen så att rätt nödåtgärd kan utföras med stor snabbhet.

Komplettera gärna denna läkarundersökning med andra prover, undersökningar eller annat om anamnes eller status lämnar oklarheter. Vi vill också uppmärksamma på möjligheten att kryssa i "Fall för SFF att granska" på sidan 6.

Om "Fall för SFF att granska" beslutas. Skall blanketten skickas till SFF kansli.

Vid frågor kan förbundsläkaren kontaktas via SFF, se framsidan.

Jag har tagit del av ovanstående information och är införstådd med att undersökningen görs i enlighet med Svenska Bestämmelser Fallskärmsverksamhet (SBF):

Underskrift läkare

Stämpel/klartext



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

Ärende: LÄKARUNDERSÖKNING

Datum: 2018-01-18

Svenska Fallskärmsförbundet
Sjöhagsvägen 2
72132 Västerås

Telefon: 021-41 41 10
SFF kansli: info@sff.se
webb: www.sff.se

LÄKARUNDERSÖKNING FÖR FALLSKÄRMSHOPPARE

Denna undersökning bör göras minst fyra veckor före kursstart,
Läkare ska före undersökning läsa igenom informationen på sidan 1.

Till läkarundersökningen skall medtagas synundersökning från optiker med inskriven uppnådd synskärpa och refraktion (synfel) samt giltig legitimation

INNEHÅLL: Sid 1. Personuppgifter.
Sid 2. Frågor om hälsotillstånd.
Sid 3-5. Undersökningsfynd (status).
Sid 6. Anvisningar till läkaren.

Ifylles av hopparen.
Ifylles och undertecknas av hopparen.
Ifylles och undertecknas av läkaren.

Hopparens personuppgifter (TEXTA)

Efternamn, förnamn		Personnummer	
Postadress	Postnummer	Postort	
E-postadress:			
Telefon nummer 1:	Telefon nummer 2:	ID kontroll <input type="checkbox"/>	
Läkarundersökningen avser:	Blivande elev <input type="checkbox"/>	Tandeminstruktör <input type="checkbox"/>	Åldersbetingad +60år <input type="checkbox"/>
Avser gå fallskärmskurs vid klubb:			



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

Ärende: LÄKARUNDERSÖKNING

Datum: 2018-01-18

NAMN PERSONNUMMER

FRÅGOR ATT BESVARAS AV HOPPAREN

Tänk igenom alla sjukdomar, skador och kontakter du haft med sjukvården och för in dem under passande rubrik Nedan. Om ingen rubrik passar, skriv in åkomman, sjukdomen eller skadan under "Kompletterande uppgifter".

	JA	NEJ		JA	NEJ
1. Använder du för närvarande någon medicin? (om JA Notera nedan läkemedel, syfte och dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Hjärnskakning eller skallskada som medfört medvetlöshet eller minnespåverkan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du haft			22. Långvariga rygg-/nackbesvär, tex diskbräck, whiplash?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hjärt/kärlsjukdom eller -besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Axeln ur led?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lungsjukdom eller andningsbesvär, tex astma eller KOL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Knä/fotledssjukdom eller -skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Röker du eller har du rökt tidigare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Annan allvarlig skada som föranlett operation, gips ed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allergiska reaktioner, tex hösnuva mot pollen eller pälsdjur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du någon gång		
6. Allvarlig sjukdom eller skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Varit inlagd på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. öron/näsa/hals/bihålor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Behandlats med psykiatrisk medicin eller varit inlagd för psykiatrisk vård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problem med tryckutjämning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Intagit illegalt narkotiskt preparat under de senaste två åren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ögonsjukdom eller ögonskada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Erhållit vård eller annan stödinsats för avvänjning av missbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Använder du glasögon/linser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Blivit dömd för brott?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Njursten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hälsa allmänt		
12. Endokrin sjukdom, tex diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Är du blodgivare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Neurologisk sjukdom, tex epilepsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Känner du dig helt frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Nervösa/psykiska besvär, tex ångest, cell/höjdskräck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Kan du springa 100m obehindrat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kramper, yrsel, svimning, medvetanderubbning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Kan du simma 200m?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Blodbrist eller blodsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Tränar du någon annan sport regelbundet (ange vad nedan)?		
17. Mag/tarmsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Ange din vikt:kg och längd:cm		
18. Ljumskräck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. Sjukdom i skelett, muskler eller leder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20. Annan allvarlig sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Kompletterande uppgifter

EXEMPEL PÅ UPPGIFTER SOM BÖR ANGES: Mediciner (1): namn, syfte, dos,? Axel ur led (23): vilken sida, orsak/uppkomst, när(årta), hur många gånger, ev behandling, nuvarande besvär? Övriga (2-7,9-20,22-30): vad, när (årta), ev behandling, nuvarande besvär?

.....

.....

.....

.....

.....

Härmed intygar jag på heder och samvete att ovanstående uppgifter efter bästa förstånd har lämnats sanningsenligt.

Ort och datum

Namnteckning

MEDGIVANDE

Jag medgiver att undersökande läkare utan hinder av sekretess eller tystnadsplikt får samråda med mina instruktörer, Riksinstruktören och Förbundsläkaren angående alla aspekter av mitt fysiska och psykiska medicinska status och att Förbundsläkaren har rätt att rekvirera och läsa mina journaler i samband med bedömning av mitt status inför fallskärmshoppning.

Ort och Datum

Namnteckning

Information till den som blanketten gäller: Medgivandet krävs för att intyget skall vara giltigt för kurs i fallskärmshoppning.



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

Ärende: LÄKARUNDERSÖKNING

Datum: 2018-01-18

NAMN..... PERSONNUMMER.....

UNDERSÖKNINGSFYND (Status)

LAB

A. Blod Hb:..... g/l B. Urin: Glukos..... Blod.....

RÖRLESEAPPARATEN

C. AT: D. Extremiteter:.....

E. Muskulatur:..... F. Rygg/Nacke.....

G. Leder:.....

HJÄRTA LUNGOR

H. Lungor:.....

I. Hjärta:.....

J. Blodtryck:..... Puls (vila):.....

K. EKG: (Endast tandempiloter, hoppare över 60 år och elever som fyllt 40år):.....

NEUROLOGI/PSYK

L. Neurologi (inkl. Romberg och finger-näs):.....

M. Psyk status:.....

FUNKTIONELLA TEST

N. Benstyrka: Kan stiga upp på stol med ett ben i taget (steptest).
JA Nej

Anmärkning:.....

O. Rörlighet höftled-knä-fotled: kan sitta på huk så fingrarna når golvet.
JA Nej

Anmärkning:.....

p. Rörlighet axlar uppåt: kan lyfta utsträckta armar, både framåt resp utåt, till rakt upp (180 °).
JA Nej

Anmärkning:.....

Q. Rörlighet axlar inåtrotation: kan lägga handryggen på ryggens medellinje ovan midjan.
JA Nej

Anmärkning:.....



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

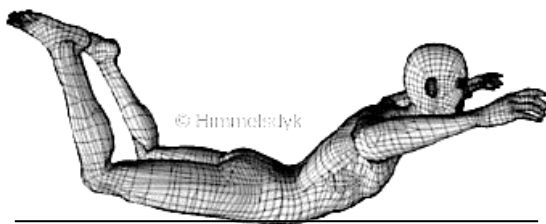
Ärende: LÄKARUNDERSÖKNING

Datum: 2018-01-18

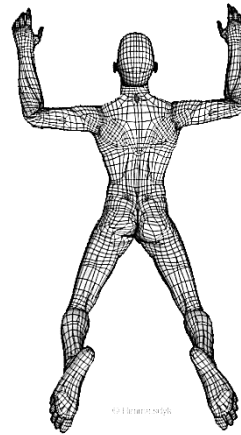
NAMN..... PERSONNUMMER.....

R. RÖRLIGHET

Fallskärmshoppares position i frifall. Se figur 1 figur 2. Fallskärmshoppning kräver obehindrad rörlighet i axlar samt god rörlighet i höft. Utlösningshandtaget till fallskärmen är lokaliserad i höjd med sacrum (korsbenet/svanskotan). "Skjuta" höft behövs för att kunna uppnå stabilitet i frifall (likt en badmintonboll) (Ringa in ev. problemområden på figurerna.)



Figur 1



Figur 2

R (a) Från utgångsposition med armar, bröst och knän liggandes mot underlaget lyfta dem så att de motsvarar fig 1 och 2, och från detta läge lägga respektive hand på sacrum (korsbenet/svanskotan).

JA Nej

Anmärkning:.....

ÖRON/ÖGON

S. Tubarpassage, trumhinnor:.....

T. Synfält (grovt provande enligt Donder):.....

U. Synskärpa: JAEGER (skall testas i god belysning)

Jaegertest:

10 p (Jaeger 6-7) Läses på 100 cm	Är det mörkt ute skall man först och främst ha taklampan tänd i rummet. Då bländas man inte av det vita papperet. En bra läslampa fordras också. Den skall ge ordentligt med ljus riktat mot det man läser. Ju närmare den står, desto bättre belyser den texten.
5 p (Jaeger 1) Läses på 40 cm	Då man läser skall man alltså ha de bästa glasögonen och inte de starkaste. Mycket starka glas förstorar visserligen texten, som emellertid då måste hållas nära ögonen för att inte bli suddig. Det är opraktiskt och tröttsamt. För den synskadade kan det vara nödvändigt att läsa på det viset.



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

Ärende: LÄKARUNDERSÖKNING

Datum: 2018-01-18

NAMN..... PERSONNUMMER.....

Syn	Skärpa		Refraktion			Läser Jaeger	
	Okorr	Korr	Sf	Cyl	Grader	5 punkter 30-50 cm	10 punkter 100 cm
Höger							
Vänster							
Binokulärt							

Synkrav minst 0,7 på vardera ögat och minst 1,0 binokulärt. Jaeger ska klaras på båda avstånden. Om refraktionen överskrider +5,0 dioptrier, -6,0 D, astigmatism 2,0 D eller anisometri 2,0 D skall flygspecialögonläkarundersökning göras och hopparen markeras som "Fall för SFF att granska".

Färgsinne: Ishihara tavlor. Antal fel:

ANMÄRKNINGAR:

Uppfyller SFF krav Icke godkänd Fall för SFF att granska

Observera att endast ett alternativ skall kryssas i.

UNDERSÖKANDE LÄKARE (kontrollera innan du skriver under att ifyllandet av blanketten är komplett):

Ort och datum Namnteckning Läkarens namnförtydligande (stämpel) adress, telefon, e-postadress

GODKÄND LÄKARUNDERSÖKNING KRÄVS FÖRE FÖRSTA HOPP