



# Svenska Fallskärmsförbundet

Riddargatan 13A, 114 84 STOCKHOLM  
Telefon: 08-788 98 12  
Telefax: 08-788 98 25  
E-post: riks@sff.se  
Hemsida: <http://www.sff.se>

## Läkarundersökning för fallskärms hoppare

### Innehåll:

- 1 Personuppgifter. Ifylles av hopparen.
- 2 Frågor att besvaras inför läkaren. Ifylles av läkaren.
- 3 Status. Ifylles av läkaren.
- 4 Anvisningar till läkaren. *Mer information finns på, <http://www.sff.se/halsokrav.asp>*

### Hopparens personuppgifter (texta)

Efternamn, förnamn		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer	Postadress
Yrke	Tel. bost.	Tel. arb.	
Läkarundersökningen avser			
Blivande elev <input type="checkbox"/>		Tandempilot <input type="checkbox"/>	
Avser att gå fallskärmskurs vid			

**Frågor att besvara inför läkaren:** (Anvisningar för läkaren, sid 4)

	Ja	Nej		Ja	Nej
1. Använder Du för närvarande någon medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Luxation av axel-, fotled, patella etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Är Du blodgivare? (Obs texten på sid 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Allvarlig kroppsskada som t.ex föranlett op, gips el dyl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Har Du eller har Du haft:</b>			19. Rygg/nackbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hjärt/kärlsjukdom/-besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Allvarlig ÖNH sjd, hörselskada, bihålebesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lungsjukdom/andningsbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Ögonsjukdom/skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Njursjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Använder Du glasögon/kontaktlinser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Endokrin sjukdom, t ex diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Nervösa, psykiska problem (ångest, cellskräck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mag eller tarmsjukdom/-besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Annan allvarlig sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Neurologisk sjukdom, epilepsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Har Du någon gång:</b>		
9. Kramper, svimning, yrsel, medvetanderubbning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Legat på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Blodbrist eller blodsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Använt stimulerande medel eller narkotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Allergiska reaktioner t ex hösnuva eller astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Varit i kontakt med psykiatrisk beh enhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Benägenhet för infektioner i övre luftvägarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Varit i kontakt med nykterhetsvård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Problem med tryckutjämning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Varit i kontakt med polismyndighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sjukdom i skelett, muskler eller leder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nej	Ja
15. Hjärnskakning/skallskada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Kan Du springa obehindrat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bråck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Känner Du Dig helt frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Plats för anmärkningar. Notera nummer enligt ovan.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Härmed försäkras på heder och samvete att här lämnade uppgifter av mig efter bästa förstånd avgivits fullt sanningsenligt.**

.....  
Ort och datum

.....  
Egenhändig namnteckning

**Jag medgiver att Fallskärmsförbundets förbundsläkare får ta del av mina sjukjournaler och andra medicinska handlingar.**

.....  
Egenhändig namnteckning

# STATUS

1. AT .....
2. Muskler ..... Leder .....
- Extremiteter ..... Rygg/nacke .....

**Funktionella test:**

Styrka, klarar uppstigning på stol med ett ben i taget (steptest)

Vä  Hö  Anm .....

Rörlighet, huksittande (fot-, knä-, höftled)

Vä  Hö  Anm .....

Rörlighet, axlar 180° elevation (händerna framåt, uppåt)

Vä  Hö  Anm .....

Rörlighet, axlar inåtrot (kan lägga handryggen över sacrum)

Vä  Hö  Anm .....

3. Pulm, fys us .....

4. Cor fys us .....

EKG - gäller tandepilot och nybörjare över 40 år .....

BT(vila) ..... Puls(vila) .....

5. Buk (obs bräck) .....

6. Tubarpassage, trumhinnor .....

7. Ögon, synfält grovt provade .....

8. Synskärpa:

- Har glasögon för ständigt bruk.
- Tillfälligt (läsglas) bruk.
- Kontaktlinser.

	Utan korr.	Med korr.
Binokulärt		
Hö öga		
Vä öga		

9. Läser Jaeger:

- 3 (30-50 cm avstånd)
- 10 (100 cm avstånd)

	Utan korr.	Med korr.
3 (30-50 cm avstånd)		
10 (100 cm avstånd)		

10. Neurologi: (inkl. Romberg, finger-näs) .....

11. Psyke .....

LAB: Hb..... Urin: glykos..... protein.....

Kompletterande undersökningar .....

Anmärkning .....

.....

.....

.....

Godkänd  Icke godkänd  Fall för SFF att granska

Ort Datum Läkarens namnteckning och stämpel, adress och telefon

Förbundsläkarens noteringar:

.....

.....

.....

## **Anvisningar till läkaren**

### **Allmänna hälsokrav för fallskärmshoppare**

Den som avser att hoppa fallskärm skall vara fri från sjukdom eller skada som kan utgöra risk.

Tillbud kan uppstå på grund av att sinnen inte fungerar tillfredsställande till exempel dålig syn, problem i rörelseapparaten eller om medvetandet försämrats.

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 stor vikt.

### **Fallskärms hoppning i korthet:**

Hoppet sker från flygplan med uthoppshöjd upp till 4000 m vilket inte medför problem för personer med normal syresättningsförmåga. Blod- och plasmagivare bör ej företa fallskärms hopp 24 timmar efter blod- eller plasmagivning.

Under det fria fallet, 2-70 sek, kommer hopparen upp i hastigheter runt 200 km/h. Hopparna är ofta i nära fysisk kontakt med varandra under det fria fallet.

När man utlöser fallskärmen, på lägst 600 m, bromsas fallhastigheten från 55 m/sek till 5 m/sek under loppet av några sekunder. Kroppen utsätts då för ett distinkt drag kring axlar och höfter, ryggraden utsätts för en komprimerande kraft.

Den avslutande delen av hoppet sker under utvecklad fallskärm. Hopparen skall i detta skede kunna orientera sig samt observera horisonten runt om för att upptäcka andra hoppare i luften.

Vid landningen bromsar hopparen fallskärmens fart, dock kan vid landningsögonblicket framför allt vrister, knän och rygg utsättas för belastning. Avståndsbedömning är viktig för en säker landning.

Nödsituationer kan uppstå. God uppfattningsförmåga och gott omdöme är av yttersta vikt för att kunna analysera situationen så att rätt nödgård kan utföras med stor snabbhet.

*Vid frågor kan förbundsläkaren kontaktas via SFF, se framsidan.*

*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 tre.*