SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: **408:03**

Ärende: **MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING** Datum: **2019-06-15**

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 du som läkare har ditt ansvar gentemot regelverket, **EJ** gentemot den blivande hopparen då han/hon **EJ** är patient!

Allmänna hälsokrav för fallskärmshoppare

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 vissa diagnoser inom NPS- och AST-grupperna. Med anledning av de speciella fysiska och fysiologiska förhållanden som gäller vid fallskärmshoppning är kraven strängare än för andra sporter och läkarundersökningen är av mycket stor vikt.

Fallskärmshoppning 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 fallskärmshopp 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 utvecklad fallskärm. Hoppare ska i detta skede kunna orientera sig, observera horisonten runtom 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 kontaktuppgifter.

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**

Svenska Fallskärmsförbundet
Sjöhagsvägen 2
72132 Västerås

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

MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING FÖR FALLSKÄRMSHOPPARE

Denna undersökning bör göras minst fyra veckor före kursstart,
Läkare ska före undersökning läsa igenom anvisning och signera utfästelse.

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

INNEHÅLL:

Sid 1.	Anvisningar till läkaren.	Ifylles och undertecknas av läkaren.
Sid 2	Personuppgifter.	Ifylles av hopparen.
Sid 3-5.	Frågor om hälsotillstånd.	Ifylles och undertecknas av hopparen.
Sid 3-6.	Undersökningsfynd (status).	Ifylles och undertecknas av läkaren.

Hopparens personuppgifter (TEXTA)

Efternamn, förnamn		Personnummer
Postadress	Postnummer	Postort
E-postadress:		
Telefon nummer 1:	Telefon nummer 2:	ID kontroll ☐
Läkarundersökningen avser: Blivande elev ☐	Tandeminstruktör ☐	Åldersbetingad +60år ☐	Tidigare licensierad-hoppning efter uppehåll. ☐
Avser gå fallskärmskurs vid klubb:		

SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: **408:03**

Ärende: **MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING** Datum: **2019-06-15**

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

*Kompletterande uppgifter skall alltid ifyllas när fråga 1-30 besvarats med **JA**, ange också vilken fråga (siffra)!*

Kompletterande uppgifter

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

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

Ort och datum Namnteckning

M E D G I V A N D E

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 fallskärmshoppning.

SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: **408:03**

Ärende: **MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING** Datum: **2019-06-15**

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

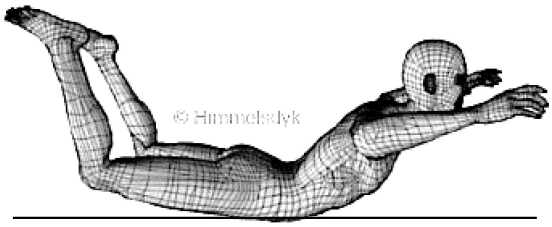
Kapitel: **408:03**

Ärende: **MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING** Datum: **2019-06-15**

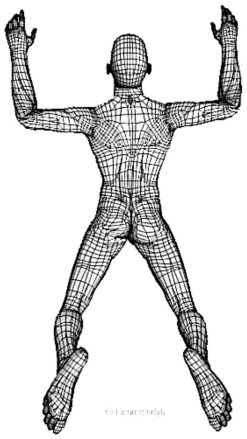
NAMN..... PERSONNUMMER.....

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 prövande 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: **MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING** Datum: **2019-06-15**

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 anisometropi 2,0 D skall flygspecialögonläkarundersökning göras och hopparen markeras som ”Fall för SFF att granska”. Flygspecialögonläkare finns kopplade till flygmedicinska centra.

Färgsinne: Ishihara tavlor. Antal fel:

Färgseende skall vara lika med minst 11 rätt på tavlorna 2-15 i Ishihara, osorterat med en observationstid på 3 sekunder per tavla. Om Ishihara är färre än 11 rätt skall flygspecialögonläkarundersökning med anomaloskop med inställningskvot mellan 0,7-1,3 utföras, och hopparen markeras som ”Fall för SFF att granska”.

ANMÄRKNINGAR:

Uppfyller SFF krav ☐ **Icke godkänd** ☐ **Fall för SFF att granska** ☐

Observera att endast ett alternativ skall kryssas i.

Intygets giltighet: +60 år 12 mån. Tandeminstruktör -40år 60 mån dock max till 42 års ålder. Tandeminstruktör +40år 24 mån. Tandeminstruktör +50år 12 mån. *Blivande fallskärmselev 12 mån före första hopp.*

Åldersbetingad / Tandem/ Elev, giltig till och med ÅÅÅÅ-MM-DD: _____

UNDERSÖKANDE LÄKARE (kontrollera innan du skriver under att ifyllandet av blanketten är komplett, 6 sidor)**:**

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