

Medisinsk diagnoseskjema for utøvere med synsnedsettelse

Informasjon vi trenger ved klassifisering av utøvere med synsnedsettelse.
Denne informasjonen sendes via en lenke du får tilsendt på e-post. Dette ivaretar
GDPR og ingen annen enn klassifisørene og ansvarlig for klassifiseringen i
skiforbundet vil ha tilgang til papirene.

Avhengig av utøverens helsestatus og funksjonsbegrensning skal medisinsk
tilleggsinformasjon legges ved dette skjemaet.
Synstester må være under 12 måneder gamle ved klassifiseringstidspunkt.

DEL 1: (Utøver må fylle ut alle felter i del 1)

Utøver informasjon

Etternavn: _____

Fornavn: _____

Klubb/fylke: _____

Kjønn: Kvinne Mann Fødselsdato:/...../.....

Idrettsgren: Langrenn Alpint

Eventuelt tidligere klasse; B1 B2 B3 (kryss av for det som er riktig)

Klassifisert på grunn av:

Redusert skarpsyn Redusert synsfelt Både skarpsyn og synsfelt

Medisinsk Informasjon:

Diagnose(r) som er årsaken til synsnedsettelsen;

Bruker proteser;	Nei <input type="checkbox"/>	Høyre øye <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/>	Venstre øye <input type="checkbox"/>

Faste øyemedisiner	
Allergi for øyemedisin	

Helsetilstanden er;	Medfødt <input type="checkbox"/>
	Oppstått ved skade/sykdom <input type="checkbox"/>
Hvis ervervet;	Debutalder;
Forventet forløp	Stabilt <input type="checkbox"/> Progressivt <input type="checkbox"/>

DEL 2 (Optiker/øyelege fyller ut alle felter i del 2)

Undersøkelse hos optiker/øyelege;

Bruker briller;	Ja <input type="checkbox"/>	Korreksjon;	Høyre øye	Sph	Cyl.	Axis (°)
	Nei <input type="checkbox"/>		Venstre øye	Sph	Cyl.	Axis (°)
Bruker linser;	Ja <input type="checkbox"/>	Korreksjon;	Høyre øye	Sph	Cyl.	Axis (°)
	Nei <input type="checkbox"/>		Venstre øye	Sph	Cyl.	Axis (°)
Bruker filterbriller;	Ja <input type="checkbox"/>	Høyre <input type="checkbox"/>		Type; _____		
	Nei <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>				
Best visus oppnådd med følgende korreksjon;			Høyre øye	Sph	Cyl.	Axis (°)
			Venstre øye	Sph	Cyl.	Axis (°)

Autorefraktor: Høyre; _____ Venstre; _____
 NB; legg ved utskrift

Måling av visus

	Høyre Øye	Venstre Øye	Binocular
Med korreksjon			
Uten korreksjon			
Test type;	<input type="checkbox"/> LogMar	<input type="checkbox"/> Snellen	<input type="checkbox"/> Decimal
Best visus oppnådd med følgende korreksjon;	Høyre øye	Sph Cyl.	Axis (°)
	Venstre øye	Sph Cyl.	Axis (°)
Test type;	<input type="checkbox"/> LogMar	<input type="checkbox"/> Snellen	<input type="checkbox"/> Decimal

Jeg bekrefter at informasjon i del 2 er korrekt Dato for undersøkelse: _____

Øyelege Optiker

Navn ; _____ Stempel;

Signatur; _____

Adresse; _____

Telefon; _____ E-post: _____

Legg i tillegg ved kopi av følgende:

Ved redusert skarpsyn;

- siste journalnotat fra øyelege
- (be om utskrift på øyeleges kontor/sykehus eller søk på Helsenorge.no)
- Supplerende undersøkelser som bekrefter synsnedsettelsen dersom dette er gjort (OCT, ERG, VEP) (be om utskrift på øyeleges kontor/sykehus)

Ved nedsatt synsfelt;

- Siste synsfeltundersøkelse dersom synsnedsettelsen skyldes helt eller delvis innskrenket synsfelt. (Foretrukket test her er Goldman test, objekt III og Intensitet 4. eventuelt Humphrey Field Analyzer eller Octopus Interzeag)

Jeg bekrefter at informasjon over er korrekt og utfyllende

Sted: _____ Dato: _____

Utøvers signatur; _____