



# Medicinskt kort 1

Intyg för ansökan om licens för personer med funktionsnedsättning inom Svenska Bordtennisförbundet.

**TILL DIG SOM BLIVIT OMBEDD ATT FYLLA I DETTA KORT (läkare eller sjukgymnast)**

Svenska Bordtennisförbundet är ett specialförbund inom Riksidrottsförbundet. Inom Svenska Bordtennisförbundets verksamhet bedrivs tävlingsidrott. 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 skickas via e-post [info@sbf.se](mailto:info@sbf.se), [alexander@sbf.se](mailto:alexander@sbf.se) eller brev till Svenska Bordtennisförbundet. Har du frågor kontakta Svenska Bordtennisförbundet, tel. 08-562 781 20, e-post: [alexander@sbf.se](mailto:alexander@sbf.se).

Namn: \_\_\_\_\_

Gatuadress: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Födelsedata: \_\_\_\_\_ Telefonnr: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Förening: \_\_\_\_\_

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**

**2. AMPUTATION**

(Minst hel hand eller fot eller jämförbar medfödd defekt)

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

Lätt  Måttlig  Uttalad  Höger  Vänster

### 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## KLASSIFICERING (ifylls av Parasport Sverige)

Idrott	Klass	Datum/sign.

<b>MUSKELTEST – gäller förlamningsskada</b>		<b>Muskelstyrka*)</b>		<b>Passivt rörelseomfång (grader)</b>	
<b>LEDRÖRLIGHET – gäller ledsjukdom</b>		<b>(Daniels &amp; Worthingham)</b>			
Icke ifyllt muskelfunktion respektive rörelseomfång betraktas som normal		höger	vänster	höger	vänster
SKULDRA	Flexion (normal 180°)				
	Extension (45°)				
	Abduktion (180°)				
	Utåttrotation (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.