

Suomen vapaaotteluliitto (SVOL). Lääkärintarkastus.

Jokaisen SVOL alaisiin kilpailuihin osallistuvan henkilön tulee toimittaa ennen ottelua voimassa oleva vuositarkastuslomake järjestävälle taholle. Voimassa oleva lääkärintarkastus on vaatimus kilpailuihin osallistumiselle. Lääkärintarkastus on voimassa yhden vuoden. Tämä koskee niin amatööri –kuin ammattilaisottelijoita. Ammattilaisottelijoilta vaaditaan lisäksi kertaalleen tehtynä pään MRA (varjoainetehosteinen pään magneettikuvaus) sekä 2v välein normaali pään MRI (magneetti). Pään magneettikuvauksesta ei tule säderasitusta, joten tutkimus on turvallinen vaikka usein jouduttaisiin toistamaankin. Näin ollen tutkimus suositellaan tehtäväksi myös aktiivisesti kilpaileville amatööreille vaikkakaan sitä ei toistaiseksi vaadita. Kertaluontoisesti tehtävän pään MRA:n tarkoituksena on poissulkea tekijöitä, jotka voivat altistaa aivoverenvuodolle. Vaikka nämä ovat harvinaisia, tulee ottelijan terveyden mennä kaiken muun edelle.

Lisäksi kaikkien kilpailuihin osallistuvien täytyy toimittaa kilpailun järjestäjälle todistus negatiivisista veriteitse tarttuvista taudeista. Tämä todistus on voimassa 6kk.

1. Lääkäriin vuositarkastus kerran vuodessa oheiselle lomakkeelle
2. Pään MRA jokaiselle ammattilaisottelijalle kertaalleen
3. Pään MRI ammattilaisille 2v välein ellei liiton lääkäri näe tarvetta tutkimuksen tekemiselle aikarajojen sisällä. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi tyrmäys, johon liittyy pitkittynyt tajuttomuus tai pitkittyneet aivotärähdysoireet. Nämä arvioidaan aina tapauskohtaisesti.
4. Laboratoriokokeet **HIV**, **C-hepatiitti** sekä **B-hepatiitti** (B-hepatiittitutkimuksista **HBsAg**. Muut saattavat näyttää virheellisesti positiivista B-hepatiittia vastaan rokotetuilla).

Toimita liitteenä oleva lääkärintarkastus-lomake ja tulokset verikokeista kilpailun järjestäjälle. Lausunto pään MRA:sta / MRI:stä (vain ammattilaisottelijat!) toimitetaan Suomen Vapaaotteluliittoon (kts. tarkemmat ohjeet Kilpailuoppaasta).

Carl Lybäck, LL

+358 – 50 – 320 9931

carl.lyback@gmail.com

Suomen vapaaotteluliitto (SVOL). Lääkärin vuositarkastus.

Ottelija täyttää:

Nimi:

Henkilötunnus:

Osoite:

Puhelinnumero:

Sähköpostiosoite:

Ottelijan allekirjoitus:

Lääkäri täyttää:

Onko ottelijalla tiedossa olevia sairauksia tai vammoja, jotka voivat vaikuttaa terveyttä vaarantavasti ottelun aikana? **KYLLÄ EI**

(Diabetes, epilepsia, rytmihäiriöt, tuoreet vielä parantumattomat murtumat, näköhäiriöt, hengitysteiden sairaus, muu neurologinen sairaus, muu sairaus).

Mikäli vastaus oli Kyllä, niin kuvaile sairauden laatu, hoitotasapaino ja mahdollinen lääkitys alla:

Onko ottelijalla muita sairauksia tai lääkityksiä?

KYLLÄ EI

Mikäli vastaus oli Kyllä, niin kuvaile alla sairauden laatu, hoitotasapaino ja mahdollinen lääkitys:

Allergiat: **Kyllä** **Ei**

Mikäli ottelijalla on ollut vakava allergiakohtaus, niin kuvaile alla mikä aine on aiheuttanut ja hoidettiin tilanne miten. Mainitse myös mikäli ottelijalla on Epipenkynä varalta näitä tilanteita varten.

Onko kukaan lähisukulainen menehtynyt sydänvikaan / rytmihäiriöön alle 40v iässä?
KYLLÄ **Ei**

Mikäli vastaus oli Kyllä, niin kerro alla tarkemmat tapahtumatiedot, sukulaisuussuhde sekä mikäli tiedossa on menehtymiseen johtanut sairaus.

Pituus:

Paino:

Ottelupaino:

Verenpaine:

Syke:

Näkökyky **norm** **ei norm**

(mikäli ottelija on suorittanut ajokortin miniminäkövaatimukset eikä näkökyvyssä ole sen jälkeen huomannut huonontumista, niin näkökykyä ei tarvitse erikseen tutkia. Mikäli näkökyky on huonontunut tai näkökenttään on ilmestynyt varjoja tai muuta poikkeavaa, niin silmänpohjan tutkiminen ja siitä maininta viimeiselle sivulla lisätietoja-kohtaan).

Pupillareaktio: **norm** **ei norm**

Kuulo normaalille puheäänelle: **norm** **ei norm**

Hampaisto: **norm**

Kaularangan liikkeet ja palpaatio kivuttomat: **Kyllä**

Rintakehä normaali ja kivuton: **Kyllä**

Hengityssäänet: **norm**

Sydänäänet: **norm**

Mikäli sivuääniä tai rytmihäiriöitä, niin kirjoita tähän lisätiedot:

Vatsan palpaatio (perna, maksa): **norm**

Selkärangan liikkeet: **norm**

Yläraajojen ja käsien liikkeet ja toiminta: **norm**

Alaraajojen liikkeet ja toiminta: **norm**

HERMOSTO:

Romberg: **norm**

Poikkeavaa tärinää: **Kyllä**

Koordinaatio: **norm**

Mikäli ylläolevassa tutkimuksessa löytyi poikkeavaa, niin kirjoita tähän lisätietoja:

Loppupäätelmä (Conclusion)

Lääkärintarkastuksen perusteella ottelijalla ei todettu sellaisia sairauksia tai vikoja, jotka estäisivät ottelun (terve=raksi kyllä –ruutuun)

I confirm that there are no problems found as specified in this medical examination:

Kyllä (Yes)

Ei (No)

Lääkärin allekirjoitus / Signed doctor:

Lääkärin nimi / Name of doctor:

Päivämäärä ja paikka / Date and place: