

## FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO DEPORTISTAS CON DEFICIENCIA VISUAL

- Para ser rellenado en español, con letras mayúsculas, a máquina o con tinta negra. Todas las casillas deben ser rellenadas.
- Para ser confirmado o certificado por oftalmólogo registrado. Debe estar firmado y sellado por él.
- No puede tener más de 12 meses de antigüedad. El mismo criterio rige para la información médica que se adjunta.
- Debe ser subido a la web de FEDC unas 12 semanas antes de la fecha de la clasificación.
- Ver también las notas de los puntos IV y V. Más detalles indicados en el Manual de Clasificación Visual.
- En el momento de la clasificación del Deportista éste debe mostrar a los clasificadores el original del FDMV así como la documentación médica aportada y requerida previamente, siempre y cuando no se pueda ver on-line.

### I – INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA (según DNI) – *Cumplimentar por FEDC*

<b>Apellidos:</b> _____	
<b>Nombre:</b> _____ --- <b>Nacionalidad:</b> _____	
<b>Sexo:</b> Mujer ___ hombre ___ --- <b>Fecha nacimiento:</b> ___/___/_____	
<b>Deporte:</b> _____ --- <b>Club/Territorial:</b> _____	
___ La FEDC certifica que no hay riesgo para la salud del Deportista ni contraindicación para competir a nivel de competición en el deporte citado. La FEDC guarda la documentación médica que confirma esta certificación.	
_____ --- ___/_____/_____	
Nombre completo, cargo, firma y sello	Fecha: Día --- Mes --- año

### II – CLASIFICACIONES PREVIAS - *Cumplimentar por la FEDC*

Ultima clasificación nacional:
Año: _____ --- Clase: B1 ___ --- B2 ___ --- B3 ___ --- Otra ___: _____
Sede: _____ --- Deporte: _____

Primera Clasificación Nacional:

Año: \_\_\_\_\_ --- Clase: B1 \_\_\_ --- B2 \_\_\_ --- B3 \_\_\_ --- NE \_\_\_

Actual clase y estado de clasificación nacional:

Nuevo \_\_\_ --- Protesta / Reclasificación aceptada \_\_\_

Clase: B1 \_\_\_ --- B2 \_\_\_ --- B3 \_\_\_

Estado:

Revisable \_\_\_ --- Revisable con fecha \_\_\_ --- NE \_\_\_ --- 1er panel CNF \_\_\_

### III – INFORMACIÓN MEDICA

A – Problemas de salud de todo el organismo excepto aspectos oftalmológicos

SI:

No: \_\_\_

B – Breve descripción de problema visual y/o enfermedad oftalmológica

C – Datos médicos oftalmológicos

Edad del diagnóstico: \_\_\_\_\_

En la actualidad es: Estable \_\_\_ en los últimos \_\_\_\_\_ años --- Progresivo \_\_\_

Procedimiento terapéutico futuro: No \_\_\_ --- Si \_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

D – Medicación oftalmológica y alergias

Medicación usada por el Deportista: No \_\_\_ --- Si \_\_\_ :

Reacciones alérgicas de fármacos oculares: No \_\_\_ --- Sí \_\_\_ detallar: \_\_\_\_\_

**E – Corrección óptica y prótesis**

Gafas: No ___ --- SI ___:	OD: Sph. _____ Cyl. _____ Axis ( ___°)
	OI: Sph. _____ Cyl. _____ Axis ( ___°)
Lentes de contacto: No ___ --- SI ___:	OD: Sph. _____ Cyl. _____ Axis ( ___°)
	OI: Sph. _____ Cyl. _____ Axis ( ___°)
Usuario prótesis: No ___ --- SI ___:	Derecho ___ --- Izquierdo ___:

**F – Agudeza Visual (AV)**

AGUDEZA VISUAL	OJO DERECHO (OD)	OJO IZQUIERDO (OI)	BINOCULAR
Con corrección			
Sin corrección			

Método de medición: LogMar \_\_\_ --- Snellen \_\_\_ --- Otra \_\_\_: \_\_\_\_\_  
(corrección usada para test AV):  
Gafas \_\_\_ --- Lentillas \_\_\_ --- Trial lenses \_\_\_  
OD: Sph. \_\_\_\_\_ Cyl. \_\_\_\_\_ Axis ( \_\_\_°)  
OI: Sph. \_\_\_\_\_ Cyl. \_\_\_\_\_ Axis ( \_\_\_°)

**G – Campo visual (CV) Adjuntar gráficas de campo visual**

Equipo: \_\_\_\_\_ --- Diámetro pupila: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	BINOCULAR
PERÍMETRO/periférico			

AMPLITUD (En grados)			
DIÁMETRO			

Confirmando que la información detallada en este documento es verídica y actual.

Certifico que no hay contraindicación oftalmológica para la práctica del deporte arriba indicado por la FEDC.

Adjuntados informes médicos a este formulario :

No  --- Si (indicar cuáles) :

Nombre:

\_\_\_\_\_

Especialidad Médica: Oftalmología.

Número Colegiado: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ --- Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ --- Firma:

#### IV – INFORMACIÓN MEDICA ADJUNTA A ESTE FORMULARIO

##### A. Campos visuales

Todos los Deportistas deben aportar obligatoriamente las gráficas de los campos visuales.

El campo visual debe ser campo completo (80° o 120°) y también, dependiendo de la patología, debe ser a 30°, 24° o 10° centrales.

Debe usarse uno de los siguientes campímetros: Goldman (con estímulo III/4), Analizador perímetro Humphrey u Octopus (Interzeag) con equivalente isopter a Goldman III/4.

##### B. Documentación médica adicional

Deben acompañarse los diagnósticos y procedimientos terapéuticos efectuados y lo más actualizados posible (en todo caso, con una fecha inferior a 12 meses).

Toda la información médica necesita como mínimo un breve informe médico oftalmológico en español. En caso de que el informe estuviese elaborado en otro idioma oficial en España, es responsabilidad del Deportista adjuntar la traducción al español. Cuando la documentación medica está incompleta o no presentada, la clasificación puede ser no finalizada y el Deportista no puede competir.

La exploración ocular debe ser congruente con esos diagnósticos y con el grado de pérdida de visión. Si la patología del ojo es fácilmente visible y explica la pérdida de visión no se requiere información médica adicional.

Sin embargo, siempre debe adjuntarse la información médica adicional indicada en la siguiente tabla.

Documentación médica adicional según la condición médica ocular requerida:

Proceso anterior	Ninguna
Enfermedad macular	Oct macular ao Erg y pev patrón multifocal y de provocación ao
Proceso de retina periférica	Erg campo completo ao Patrón erg ao
Enfermedad de nv.óptico	Oct de nv.óptico ao Erg y pev y de provocación ao
Enfermedad cortical/neurológica	Erg y pev y de provocación ao
Otra documentación médica relevante adicional	

\*Nota acerca de los estudios electrofisiológicos (Electroretinograma - ERG y Potenciales Visuales Evocados - PEV):

Cuando haya una discrepancia o posible discrepancia entre el grado de pérdida visual y la evidencia visible del trastorno ocular, el uso de pruebas electrofisiológicas puede ayudar a establecer el grado de discapacidad.

Remitir estudios electrofisiológicos debe incluir:

1. Copias de las gráficas originales.
2. Informe en español del laboratorio del estudio electrofisiológico, los datos referentes y la normativa de donde proceden, los equipos usados y su estado de calibración. Los test deben estar realizados de acuerdo con los estándares de la Sociedad Internacional de Electrofisiología para la Visión (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

## V - NOTAS

Este Formulario de Diagnostico Médico Visual (FDMV) con toda la documentación adjunta debe ser actualizado en la web de la FEDC.

Los puntos I, II y III de este FDMV son de obligatorio cumplimiento y actualización. El punto IV solo es necesario cuando el oftalmólogo así lo considere. No hace falta dejar en el documento los puntos IV y V.

Solo se admiten formatos pdf. Cualquier otro formato será eliminado.

Los Deportistas que no aporten un FDMV correcto no serán clasificados y no podrán competir.

No serán válidos documentos actualizados después del plazo establecido para ello.