

FORMULARIO DE DIAGNOSTICO MEDICO DEPORTISTAS CON DISCAPACIDAD VISUAL

- Para ser cumplimentado en español, con letras mayúsculas, a máquina o con tinta negra. Todas las casillas deben ser rellenas.
- Para ser confirmado o certificado por un oftalmólogo colegiado. Debe estar firmado y sellado.
- No puede tener más de 12 meses de antigüedad. El mismo criterio rige para la información médica que se adjunta.
- Debe ser enviado a clasificacionfedc@once.es 6 semanas antes de la fecha de la clasificación.
- Ver también las notas de los puntos IV y V. Se ofrecen más detalles en el Reglamento de Clasificación Visual.
- En el momento de la clasificación del Deportista éste debe mostrar a los clasificadores el original del FDM así como la documentación médica aportada y requerida previamente.

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

Apellidos: _____
Nombre: _____ --- Nacionalidad: _____
Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> --- Fecha nacimiento: ___/___/_____
Deporte: _____ --- Club/Territorial: _____
<input type="checkbox"/> 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 medica que confirma esta certificación.
_____ --- ___/_____/_____
Nombre completo, cargo, firma y sello Fecha: Dia --- Mes --- año

II – CLASIFICACIONES PREVIAS - *Cumplimentar por la FEDC*

<u>Última Clasificación Nacional:</u>
Año: _____ --- Clase: _____
Sede: _____ --- Deporte: _____
<u>Primera Clasificación Nacional:</u>

Deportista: apellidos: _____ nombre: _____

Año: _____ --- Clase: _____

Actual Clase y Estatus de Clasificación Nacional:

Nuevo --- Protesta / Reclasificación aceptada

Clase: _____

Estatus: Revisable --- Revisable con fecha _____

NE 1er panel --- CNC

III – INFORMACIÓN MÉDICA

A – Patología sistémica (no oftalmológica) relevante e información médica

SI: _____

No:

B – Breve descripción del Diagnóstico visual, oftalmológico y asociados

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 a fármacos oculares: No --- Sí detallar: _____

E – Corrección óptica y prótesis

Gafas: No <input type="checkbox"/> --- SI <input type="checkbox"/> :	OD: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (___°)
	OI: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (___°)
Lentes de contacto: No <input type="checkbox"/> --- SI <input type="checkbox"/> :	OD: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (___°)
	OI: Sph. _____ Cyl. _____ Axis (___°)
Usuario prótesis: No <input type="checkbox"/> --- SI <input type="checkbox"/> :	Derecho <input type="checkbox"/> --- Izquierdo <input type="checkbox"/> :

Deportista: apellidos: _____ nombre: _____

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 utilizado: _____ --- Diámetro pupila: _____ mm

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) : _____

Deportista: apellidos: _____ nombre: _____

Nombre: _____
Especialidad Médica: Oftalmología
Número Colegiado: _____
Dirección: _____
Población: _____
Provincia: _____ --- Código Postal: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____
Fecha: ____ / ____ / ____ --- Firma y sello:

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 medica adicional según la condición médica ocular requerida:

Condición de los ojos	Se requiere documentación médica adicional
Proceso anterior	Ninguno
Enfermedad macular	OCT macular AO

Deportista: apellidos: _____ nombre: _____

	ERG y PEV patrón multifocal y de provocación AO
Proceso de retina periférica	ERG campo completo AO Patrón ERG AO
Enfermedad de nervio óptico	OCT de nervio óptico AO ERG y PEV y de provocación AO
Enfermedad cortical/neurológica	ERG y PEV y de provocación AO
Otra documentación medica relevante adicional	

*Nota acerca de los estudios electrofisiológicos (ERG y 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. Las pruebas deben estar realizadas 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 Medico (FDM) con toda la documentación adjunta debe ser enviado a clasificacionfedc@once.es unas 6 semanas antes de la fecha de la clasificación.

Los puntos I, II y III de este FDM 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 FDM correcto no serán clasificados y no podrán competir.

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