



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

Ärende: MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING

Datum: 2024-01-01

LÄKARES ANVISNING OCH UTFÄSTELSE

Detta är en tjänstbarhetsbedömning inom ramen för Svensk luftfarts regelverk. Råder tveksamheter angående kravspecifikationerna skall i första hand **Svenska Bestämmelser Fallskärmsverksamhet** (SBF) konsulteras och i andra hand auktoriserad flygläkare. SBF finner du på www.sff.se under ”För hoppare och piloter” ”Hopparens regler-SBF” **SBF 402:02**. Kom ihåg att du som läkare har ditt ansvar gentemot regelverket, inte gentemot den blivande hopparen då hen inte är patient!

Allmänna hälsokrav för fallskärmshoppare

Den som avser att hoppa fallskärm skall vara fri från sjukdom eller skada som kan utgöra risk. Framför allt syn, rörelseapparat, hjärta/lungor och mental kapacitet/mognad är avgörande för säker hoppning. Detta innebär till exempel att en ej opererad axelluxation är absolut diskvalificerande, liksom vissa diagnoser inom NPS- och AST-grupperna. Med anledning av de speciella fysiska och fysiologiska förhållanden som gäller vid fallskärmshoppning är kraven strängare än för andra sporter och läkarundersökningen är av mycket stor vikt.

Fallskärmshoppning i korthet

Hoppet sker från flygplan med uthoppshöjd upp till 4000 meter, vilket inte medför problem med personer med normal syreupptagningsförmåga. Under det fria fallet, 5-70 sekunder, kommer hopparen upp i hastigheter runt 200-300km/h och hopparna är ofta i nära fysisk kontakt med varandra. När man utlöser fallskärmen, bromsas fallhastigheten från cirka 200 km/h till ca 20 km/h under loppet av några sekunder. Kroppen utsätts då för distinkta krafter kring axlar, höfter och nacke samtidigt som ryggraden utsätts för en komprimerande kraft och huvudet trycks framåt/nedåt av uppbromsningen.

Den avslutande delen av hoppet sker under utvecklad fallskärm. Hoppare ska i detta skede kunna orientera sig, observera horisonten runtom för att upptäcka andra hoppare samt utvärdera markförhållandena för att i god tid planera sin landning.

Vid landningen bromsar hopparen fallskärmens fart, dock kan vid landningsögonblicket framförallt fotleder, knän och rygg utsättas för belastning. Landningen sker ofta springande, ibland med avsevärd framåtfart.

Avståndsbedömningen är därför mycket viktig för en säker landning.

Det förekommer också, på grund av oförutsedda händelser, ibland landningar i vattendrag. Alla hoppare skall därför kunna simma 200 meter. Nödsituationer kan uppstå och god uppfattningsförmåga och gott omdöme är av yttersta vikt för att kunna analysera situationen så att rätt nödgärd kan utföras med stor snabbhet.

Kompletera gärna denna läkarundersökning med andra prover, undersökningar eller annat om anamnes eller status lämnar oklarheter. Vi vill också uppmärksamma på möjligheten att konsultera auktoriserad Flygläkare för klargörande av förutsättningar.

Jag har tagit del av ovanstående information och är införstådd med att undersökningen görs i enlighet med Svenska Bestämmelser Fallskärmsverksamhet (SBF):

Underskrift läkare

Namnförtydligande, telefon, epost



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

Ärende: MEDICINSK TJÄNSTBARHETS BEDÖMNING

Datum:

Svenska Fallskärmsförbundet
Pontus Widéns väg 18
722 23 Västerås

Telefon: 021-41 41 10
SFF kansli: info@sff.se
webb: www.sff.se

MEDICINSK TJÄNSTBARHETS BEDÖMNING FÖR FALLSKÄRM SHOPPARE

*Denna undersökning bör göras minst fyra veckor före kursstart.
Läkare ska före undersökning läsa igenom anvisning och signera utfästelse.*

Till läkarundersökningen skall medtagas synundersökning från optiker med inskriven uppnådd synskärpa och refraktion (synfel) samt giltig legitimation

INNEHÅLL:

Sid 1.	Anvisningar till läkaren.	Ifylles och undertecknas av läkaren.
Sid 2	Personuppgifter.	Ifylles av hopparen.
Sid 3	Frågor om hälsotillstånd.	Ifylles och undertecknas av hopparen.
Sid 4-6.	Undersökningsfynd (status).	Ifylles och undertecknas av läkaren.

Hopparens personuppgifter (TEXTA)

Efternamn, förnamn		Personnummer	
Postadress	Postnummer	Postort	
E-postadress:			
Telefon nummer 1:	Telefon nummer 2:	ID kontroll <input type="checkbox"/>	
Läkarundersökningen avser: Blivande elev <input type="checkbox"/>		Tandeminstruktör <input type="checkbox"/>	Åldersbetingad +70 år <input type="checkbox"/>
		Tidigare licensierad-hoppning efter uppehåll. <input type="checkbox"/>	
Avser gå fallskärmskurs vid klubb:			



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

Ärende: MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING

Datum:

Namn:

Personnummer:

FRÅGOR ATT BESVARAS AV HOPPAREN

Tänk igenom alla sjukdomar, skador och kontakter du haft med sjukvården och för in dem under passande rubrik Nedan. Om ingen rubrik passar, skriv in åkomman, sjukdomen eller skadan under "Kompletterande uppgifter".

	Ja	Nej		Ja	Nej
1. Använder du för närvarande någon medicin (om Ja, notera nedan läkemedel, syfte och dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Blodbrist eller blodsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du eller har du haft: Hjärt-/kärlsjukdom eller -besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Ljumskräck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lungsjukdom eller andningsbesvär, tex astma eller KOL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Sjukdom i skelett, muskler eller leder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Allergiska reaktioner tex hösnuva, pollen eller pälsdjur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Annan allvarlig sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allvarlig sjukdom eller skada i öron/näsa/hals/bihålor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Hjärnskakning eller skallskada som medfört medvetlöshet eller minnespåverkan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problem med tryckutjämning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Långvariga rygg/nackbesvär, tex diskbräck, whiplash?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ögonsjukdom eller ögonskada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Axeln ur led?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Använder du glasögon/linser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Knä/fotledssjukdom eller -skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Endokrin sjukdom tex diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Annan allvarlig skada som föranlett operation, gips e.d.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neurologisk sjukdom tex epilepsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Behandlats med psykiatrisk medicin eller varit inlagd för psykiatrisk vård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nervösa/psykiska besvär, tex ångest, cell/höjdskräck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Kan du simma 200m?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kramper, yrsel, svimning, medvetanderubbning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Känner du dig fullt frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			25. Ange din vikt och längd.KgCm

Kompletterande uppgifter skall alltid ifyllas när fråga 1-22 besvarats med JA, ange också vilken fråga (siffra)

EXEMPEL PÅ UPPGIFTER SOM BÖR ANGES: Mediciner (1): namn, syfte, dos? Axel ur led (19): vilken sida, orsak/uppkomst, när(årtal), hur många gånger, ev. behandling, nuvarande besvär? Övriga (2-2): vad, när (årtal), ev. behandling, nuvarande besvär?

.....

.....

.....

.....

Härmed intygar jag på heder och samvete att ovanstående uppgifter efter bästa förstånd har lämnats sanningsenligt.

Ort och datum

Namnteckning

MEDGIVANDE

Jag medgiver att undersökande läkare utan hinder av sekretess eller tystnadsplikt får samråda med auktoriserad Flygläkare angående alla aspekter av min fysiska och psykiska medicinska status och att undersökande läkare har rätt att rekvirera och läsa mina journaler i samband med bedömning av min status inför fallskärmshoppning.

Ort och Datum

Namnteckning

Information till den som blanketten gäller: Medgivandet krävs för att intyget skall vara giltigt för fallskärmshoppning.



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

Ärende: MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING

Datum:

NAMN..... PERSONNUMMER.....

UNDERSÖKNINGSFYND (Status)

LAB

A. Blod Hb:..... g/l B. Urin: Glukos..... Blod.....

RÖRELSEAPPARATEN

C. AT:..... D. Extremiteter:.....

E. Muskulatur:..... F. Rygg/Nacke.....

G. Leder:.....

HJÄRTA LUNGOR

H. Lungor:.....

I. Hjärta:.....

J. Blodtryck:..... Puls (vila):.....

K. EKG: (Endast tandeminstruktörer, hoppare över 70 år och elever som fyllt 40 år):.....

NEUROLOGI/PSYK

L. Neurologi (inkl. Romberg och finger-näs):.....

M. Psyk status:.....

FUNKTIONELLA TEST

N. Benstyrka: Kan stiga upp på stol med ett ben i taget (steptest).

JA Nej

Anmärkning:.....

O. Rörlighet höftled-knä-fotled: kan sitta på huk så fingrarna når golvet.

JA Nej

Anmärkning:.....

p. Rörlighet axlar uppåt: kan lyfta utsträckta armar, både framåt resp. utåt, till rakt upp (180°).

JA Nej

Anmärkning:.....

Q. Rörlighet axlar inåtrotation: kan lägga handryggen på ryggens medellinje ovan midjan.

JA Nej

Anmärkning:.....



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

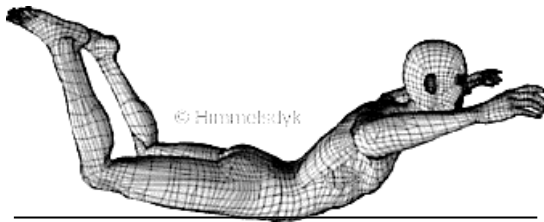
Ärende: MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING

Datum:

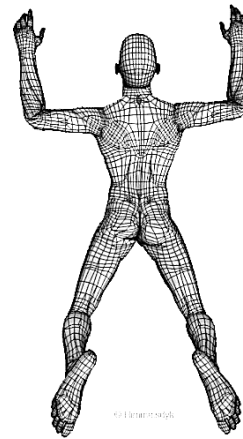
NAMN _____ PERSONNUMMER _____

R. RÖRLIGHET

Fallskärmshoppares position i frifall. Se figur 1 och figur 2. Fallskärmshoppning kräver obehindrad rörlighet i axlar samt god rörlighet i höft. Utlösningshandtaget till fallskärmen är lokaliserad i höjd med sacrum (korsbenet/svanskotan). "Skjuta" höft behövs för att kunna uppnå stabilitet i frifall (likt en badmintonboll) (Ringa in ev. problemområden på figurerna.)



Figur 1



Figur 2

R (a) Från utgångsposition med armar, bröst och knän liggandes mot underlaget lyfta dem så att de motsvarar fig. 1 och 2, och från detta läge lägga respektive hand på sacrum (korsbenet/svanskotan).

JA Nej

Anmärkning: _____

ÖRON/ÖGON

S. Tubarpassage, trumhinnor: _____

T. Synfält (grovt provande enligt Donder): _____

U. Synskärpa: JAEGER (skall testas i god belysning) _____

Jaegertest:

10 p (Jaeger 6-7) Läses på 100 cm	Är det mörkt ute skall man först och främst ha taklampan tänd i rummet. Då bländas man inte av det vita papperet. En bra läslampa fordras också. Den skall ge ordentligt med ljus riktat mot det man läser. Ju närmare den står, desto bättre belyser den texten.
5 p (Jaeger 1) Läses på 40 cm	Då man läser skall man alltså ha de bästa glasögonen och inte de starkaste. Mycket starka glas förstörar visserligen texten, som emellertid då måste hållas nära ögonen för att inte bli suddig. Det är opraktiskt och tröttsamt. För den synskadade kan det vara nödvändigt att läsa på det viset.



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:03

Ärende: **MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING**

Datum:

NAMN PERSONNUMMER

Syn	Skärpa		Refraktion			Läser Jaeger	
	Okorr	Korr	Sf	Cyl	Grader	5 punkter 30-50 cm	10 punkter 100 cm
Höger							
Vänster							
Binokulärt							

Synkrav minst 0,7 på vardera ögat och minst 1,0 binokulärt. Jaeger ska klaras på båda avstånden. Om refraktionen överskrider +5,0 dioptrier, -6,0 D, astigmatism 2,0 D eller anisometri 2,0 D skall flygspecialögonläkarundersökning göras. Flygspecialögonläkare finns kopplade till flygmedicinska centra.

ANMÄRKNINGAR:

Godkänd enl. SFF krav EJ godkänd

Intygets giltighet: +70 år 24 mån. Tandeminstruktör -40 år 60 mån. dock max till 42 års ålder. Tandeminstruktör +40 år 24 mån. Tandeminstruktör +50 år 12 mån. *Blivande elevhoppare 12 mån före första hopp.*

Åldersbetingad / Tandem*/ Elev, giltig till och med ÅÅÅ-MM-DD: _____

UNDERSÖKANDE LÄKARE (kontrollera innan du skriver under att ifyllandet av blanketten är komplett, 6 sidor):

Ort och datum Namnteckning Läkarens namnförtydligande, telefon, e-postadress

***Tandeminstruktör skickar godkänd undertecknad blankett till SFF Kansli**