



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:06

Ärende: BEGRÄNSAD MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING FÖR RCP Datum: 2024-01-01

LÄKARES ANVISNING OCH UTFÄSTELSE

Detta är en begränsad tjänstbarhetsbedömning för RCP (Round Canopy Parachuting) 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 hopparen då hen inte är patient!

Allmänna hälsokrav för fallskärmshoppare

Den som avser att hoppa fallskärm med rundkalott skall vara fri från sjukdom eller skada som kan utgöra risk. Framför allt rörelseapparat, hjärta/lungor och mental kapacitet/mognad är avgörande för säker hoppning.

Aktuell hoppare är utbildad i fallskärmshoppning vid Arméns Fallskärmsjägarskola (värnpliktstjänstgöring eller befälsutbildning) och har genomfört flera liknande fallskärmshopp tidigare. Det kan dock vara många år sedan senast och fysiken kan ha förändrats.

Fallskärmshoppning i korthet

Hoppet sker från flygplan med uthoppshöjd från ca. 400 meter med automatisk utlösning av fallskärmen.

Vid landningen utsätts framförallt fotleder, knän och rygg för stöt/belastning motsvarande hopp från en låg pall.

Landningstekniken sker genom en sk. *fallskärmsrullning* och kräver viss smidighet, se bild s.4.

Vid oklarheter – be hopparen förklara och förevisa!

Det kan också på grund av oförutsedda väderskiftningar förekomma risk för landning i vattendrag. Alla hoppare skall därför kunna simma 200 meter. Andra nödsituationer kan även uppstå i flygplanet eller under fallskärmen. God uppfattningsförmåga och gott omdöme är därför av yttersta vikt för att kunna analysera situationen så att rätt nödåtgärd 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: 408:06

Ärende: BEGRÄNSAD MED. TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING FÖR RCP Datum:

Svenska Fallskärmförbundet
Pontus Widéns väg 18
722 23 Västerås

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

BEGRÄNSAD MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING FÖR RCP

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 4-5.	Undersökningsfynd (status).	Ifylles och undertecknas av läkaren.

RCP-hopparens personuppgifter (TEXTA)

Efternamn, förnamn		Personnummer	
Postadress	Postnummer	Postort	
E-postadress			
Telefonnummer	Anhörigs telefonnummer		ID kontroll



SAFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:06

Ärende: BEGRÄNSAD MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING FÖR RCP 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

1. Använder du för närvarande någon medicin? (om JA notera nedan läkemedel, syfte och dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Har du eller har du haft:

(om JA utveckla svaret nedan)

Hälsa allmänt

	JA	NEJ		JA	NEJ
2. Hjärt-/kärlsjukdom eller -besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Är du blodgivare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Neurologisk sjukdom, tex epilepsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Kan du springa 100 m obehindrat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hjärnskakning eller skallskada som medfört medvetlöshet eller minnespåverkan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Kan du simma 200 m?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allvarlig knä/rygg/nacke/fotledssjukdom eller -skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Tränar du någon annan sport regelbundet. (ange nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Långvariga rygg-/nackbesvär, t.ex. diskbråck, whiplash?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Känner du dig helt frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kramper, yrsel, svimning, medvetanderubbning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Ange din vikt:kg		
8. Sjukdom i skelett, muskler eller leder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Ange din längd:cm		
9. Annan allvarlig skada som föranlett operation, gips ed.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Annan allvarlig sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Kompletterande uppgifter skall alltid ifyllas när fråga 1-12 besvarats med JA. Ange också vilken fråga (siffror) som avses!

EXEMPEL PÅ UPPGIFTER SOM BÖR ANGES:

Mediciner (1): namn, syfte, dos? Övriga (2-12): vad, när (årtal), ev. behandling, nuvarande besvär?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INTYG & MEDGIVANDE

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

Ort och datum

Namnteckning

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



Kapitel: 408:06

Ärende: BEGRÄNSAD MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING FÖR RCP

Datum: 2024-01-01

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:.....

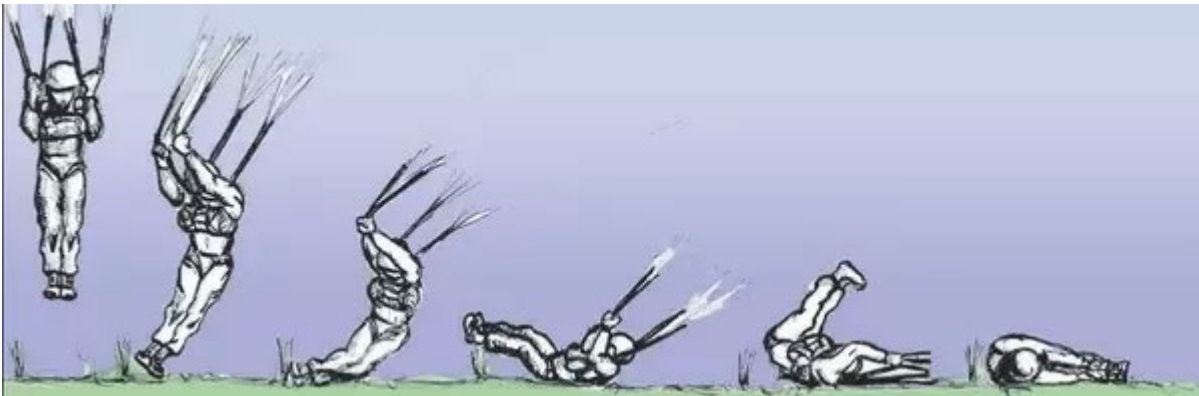
I. Hjärta:.....

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

FUNKTIONELLA TEST

Målbild för kraven:

Hopparen ska med rund fallskärm landa med fötterna och knäna ihop och vid markkontakt kunna genomföra en sk. *fallskärmsrullning*, se bild nedan.



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

JA Nej

Anmärkning:.....

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

JA Nej

Anmärkning:.....

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

JA Nej

Anmärkning:.....



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 408:06

Ärende: BEGRÄNSAD MEDICINSK TJÄNSTBARHETSBEDÖMNING FÖR RCP

Datum: 2024-01-01

NAMN PERSONNUMMER

N. SAMMANTAGEN BEDÖMD FUNKTIONELL RÖRLIGHET OCH STYRKA

Hopparen skall uppvisa tillräcklig rörlighet, styrka och stabilitet i fotleder, knän samt rygg och nacke som möjliggör en landning med rund fallskärm inkl. en fallskärmsrullning:

JA

NEJ

Anmärkning:

SAMMANFATTNING:

Uppfyller SFF krav

Icke godkänd

Observera att endast ett alternativ skall kryssas i.

Intygets giltighet: 5 år. Hoppare +70 år: 2 år.

Giltig till och med ÅÅÅÅ-MM-DD: _____

UNDERSÖKANDE LÄKARE (kontrollera innan du skriver under att ifyllandet av blanketten är komplett, 5 sidor):

Ort och datum

Namnsteckning

Läkarens namnförtydligande (stämpel) adress, telefon, e-postadress