

## Sportmedisch onderzoek VTDL



### Algemene gegevens

Naam:	Voornaam:	Geboortedatum:
Straat:	Nr:	Gemeente:
Telefoon:	GSM:	Email:
Club:	triatlon/duatlon	

### Medische vragenlijst (in te vullen door de atleet)

	ja	nee	uitleg
1. Lijdt u momenteel aan een ziekte of chronische aandoening?			
2. Bent u ooit in een ziekenhuis opgenomen?			
3. Hebt u gedurende langere tijd uw sport niet kunnen beoefenen oww een medisch probleem?			
4. Maakt u tijdens wedstrijden of training gebruik van steunzolen, brace, tape e.d.?			
5. Wordt u tijdens de wedstrijden of trainingen regelmatig gehinderd door lichamelijke klachten?			
6. Neemt u momenteel medicatie (pillen, puffs)?			
7. Hebt u in het verleden voedingssupplementen of vitaminen genomen om uw gewicht of prestatie te beïnvloeden, of neemt u er nu?			
8. Hebt u een allergie? (bv. Pollen, voeding,...)			
9. Hebt u ooit huiduitslag of jeuk ontwikkeld tijdens het sporten?			
10. Bent u ooit flauwgevallen tijdens of na het sporten?			
11. Bent u ooit duizelig geweest tijdens of na het sporten?			
12. Hebt u ooit pijn in de borststreek gehad tijdens of na het sporten?			
13. Bent u sneller vermoeid dan de andere atleten van uw leeftijd?			
14. Hebt u ooit hartkloppingen of hartritmestoornissen gehad?			
15. Hebt u ooit een hoge bloeddruk of een hoge cholesterol gehad?			
16. Heeft men u ooit gezegd dat u een hartgeruis had?			
17. Is iemand van uw familie gestorven tgv hartproblemen voor de leeftijd van 50 jaar?			
18. Hebt u de laatste maand een ernstige virale infectie gehad? (vb klierkoorts)			
19. Hebt u op dit ogenblik een huidaandoening? (acné, uitslag, schimmel, wratten,...)			
20. Hebt u ooit een hoofdletsel of hersenschudding gehad?			
21. Hebt u ooit het bewustzijn verloren of geheugenverlies gehad?			
22. Hebt u ooit een epilepsie-aanval gehad?			
23. Hebt u dikwijls ernstige hoofdpijn?			
24. Hebt u ooit voosheid of tintelingen gehad in de armen of benen?			
25. Bent u ooit onwel geworden bij het spotten in grote hitte?			
26. Hebt u asthma?			
27. Hebt u ooit last gehad van hoesten, piepen of andere ademhalingsproblemen tijdens of na het sporten?			
28. Hebt u problemen met de ogen?			
29. Hebt u ooit een breuk of ontwrichting gehad?			
30. Bent u momenteel geblesseerd of bent u onlangs gekwetst geweest?			
31. Voelt u zich momenteel gestresseerd of uitgeput?			

Sportmedisch onderzoek (in te vullen door de arts)

Naam:

Datum onderzoek:

**Anamnese:** Cfr vragenlijst

**Klinisch onderzoek**

Biometrie

Lengte:	gewicht:
---------	----------

Algemeen klinisch onderzoek

<b>Hoofd en hals</b>	Klieren: Gebit: Oren:	Mond-en keelholte: <input type="checkbox"/> controle tandarts gewenst Ogen:	
<b>Thorax</b>	Hartauscultatie: T1T2: Arteriële bloeddruk: Longauscultatie:	Geruisen: Ictus:	
<b>Abdomen</b>	Palpatie:	Percussie:	Breukpoorten:
<b>Urogenitaal</b>	Urineonderzoek: <input type="checkbox"/> glucose <input type="checkbox"/> proteïnen <input type="checkbox"/> bloed		
<b>Neurologisch</b>	Reflexen:	Sensibiliteit:	Evenwicht:
<b>Vasculair</b>	a. Femoralis:	b. Poplitea:	c. Dorsalis pedis:

Locomotorisch onderzoek

Algemeen	Mobiteit wz				LINKS			RECHTS			LINKS			RECHTS				
	Schouder-scheefstand	Bekken-scheefstand	Wervelzuil	Scoliose	Hyperlordose	Hyperkyfose	Flatback	++	0	-	++	0	-	++	0	-	++	0
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	++      0      - Flexie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extensie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lateroflexie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rotatie li <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rotatie re <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																	
	<b>LINKS</b>			<b>RECHTS</b>						<b>LINKS</b>			<b>RECHTS</b>					
	++	0	-	++	0	-	++	0	-	++	0	-	++	0	-	++	0	-
<b>Schouders</b>							<b>Heupen</b>											
Elevatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Flexie</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abductie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Extensie</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Abductie</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endorotatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Adductie</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funct. Hand-nek/rug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Exorotatie</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horizontale adductie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Endorotatie</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horizontale adductie	+	-		+	-													
<b>Enkels</b>							<b>Knieën</b>											
Dorsiflexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Flexie</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantairflexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Extensie</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eversie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Lig. laxiteit</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kruisband-laxiteit</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pes cavus							<b>Meniscustests</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pes planus							<b>Genu</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> spreidvoet													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pes equinovarus													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hallux valgus													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>