

Anexo II

FORMULARIO DIAGNOSTICO MEDICO PARA DEPORTISTAS CON DEFICIENCIA VISUAL

- Este formulario se usará para informar sobre la discapacidad de un deportista de acuerdo con las regulaciones sobre la clasificación de Para-Remo de la Federación Española de Remo (FER).
- Para ser confirmado o certificado por oftalmólogo registrado. Debe estar firmado y sellado por él.
- El formulario relleno, junto con la documentación que se requiere para cada tipo de discapacidad, debe ser enviado por e-mail a pzapico.ovimed@gmail.com.
- Por favor, complete este formulario en español y en mayúsculas.

Con el fin de clasificar de forma correcta a los deportistas, todos los formularios requeridos deben estar completos, recibirse antes del proceso de clasificación y se acompañarán de los resultados de aquellos test o pruebas que puedan ser de utilidad. La fecha final para la recepción de los formularios será 15 días antes de la fecha de la clasificación, y remitido a la dirección de correo electrónico citado.

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

Apellidos: _____	
Nombre: _____	Nacionalidad: _____
Sexo: Mujer ☐ hombre ☐	Fecha nacimiento: ____/____/____
Deporte: _____	Fed. Autonómica: _____
 ☐ La FER certifica que no hay riesgo para la salud del Deportista ni contraindicación para competir a nivel de competición en el deporte citado. La FER guarda la documentación medica que confirma esta certificación.	
 _____ Nombre completo, cargo, firma y sello	
 _____/_____/_____ Fecha: Dia --- Mes --- año	

II – CLASIFICACIONES PREVIAS - *Cumplimentar por la FER*

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 FER.

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 medica adicional según la condición médica ocular requerido:

Proceso anterior	Ninguna
Enfermedad macular	Oct macular ao Erg y pev patron multifocal y de provocación ao
Proceso de retina periférica	Erg campo completo ao Patron 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 medica relevante adicional	

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

Cuando haya una discrepancia o posible discrepancia entre el grado de perdida visual y la evidencia visible del trastorno ocular, el uso de pruebas electrofisiologicas 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 Medico Visual (MDF) con toda la documentación adjunta debe ser enviada la FER.

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.

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

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