



## FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (MDF) PARA DEPORTISTAS CON DEFICIENCIA VISUAL

- Todo el documento debe rellenarse con LETRAS MAYÚSCULAS. Deben cumplimentarse todas las secciones.
- Debe ser confirmado y certificado por un **oftalmólogo** oficial.
- En el momento de la clasificación **no deben haber pasado más de 12 meses** desde la realización del MDF.
- El deportista debe mostrar el documento original del MDF y la documentación médica requerida.

### I- INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA (cumplimentado por el deportista)

Apellidos: _____		Nombre: _____	
Género: Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: ____/____/____	
FFAA: _____		Deporte: _____	
_____	_____	____/____/____	_____
Nombre	Firma	Fecha : Día	Mes Año

### II- CLASIFICACIÓN PREVIA (cumplimentado por el deportista)

Última Clasificación Nacional: Año: _____	Clase: B1 <input type="checkbox"/>	B2 <input type="checkbox"/>	B3 <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/> : _____	
Primera clasificación nacional: Nueva <input type="checkbox"/>	o Año: _____	Clase: B1 <input type="checkbox"/>	B2 <input type="checkbox"/>	B3 <input type="checkbox"/>	NE
Actual Clase y Estatus: Nuevo <input type="checkbox"/>	o Reclamación / Reclasificación aceptada <input type="checkbox"/>	_____,o	Clase:		
B1 <input type="checkbox"/>	B2 <input type="checkbox"/>	B3 <input type="checkbox"/>	Estatus: Revisable <input type="checkbox"/>	(próxima vez) o Año de revisión <input type="checkbox"/>	; NE <input type="checkbox"/>

### III- INFORMACIÓN MÉDICA (cumplimentado por un oftalmólogo)

#### A – Patología sistémica relevante (no oftálmica) e información médica.

Sí <input type="checkbox"/> : _____
_____
_____
No <input type="checkbox"/>

**B – Diagnóstico visual y oftálmico asociado (breve)**

-
-
-

**C – Datos médicos oftálmicos**

Edad de inicio: \_\_\_\_\_ En la actualidad:  Estable en el/los último/s \_\_\_\_\_ año/s  Progresivo  
 Procedimiento/s previsto/s futuro/s):  No  Sí: \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

**D – Medicaciones oculares y alergias**

Medicación oftálmica usada por el deportista: No  Sí : \_\_\_\_\_

Reacciones alérgicas a sustancias oculares No  Sí : \_\_\_\_\_

**E- Corrección óptica y prótesis**

El deportista usa gafas:  No  Yes { Ojo derecho: Sph. \_\_\_\_\_ Cyl. \_\_\_\_\_ Axis ( \_\_\_\_\_ °)  
 Ojo izquierdo: Sph. \_\_\_\_\_ Cyl. \_\_\_\_\_ Axis ( \_\_\_\_\_ °)  
 El deportista usa lentillas:  No  Yes { Ojo derecho: Sph. \_\_\_\_\_ Cyl. \_\_\_\_\_ Axis ( \_\_\_\_\_ °)  
 Ojo izquierdo: Sph. \_\_\_\_\_ Cyl. \_\_\_\_\_ Axis ( \_\_\_\_\_ °)  
 El deportista lleva prótesis oculares:  No  Sí:  Derecho  Izquierdo

**F- Agudeza Visual**

Agudeza visual	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular
Con corrección			
Sin corrección			

Método de medición  LogMar  Snellen  Otros:

Corrección usada para el test de agudeza visual  Gafas  Lentillas  Lentes de prueba

Ojo derecho: Sph. \_\_\_\_\_ Cyl. \_\_\_\_\_ Axis ( \_\_\_\_\_ °)  
 Ojo izquierdo: Sph. \_\_\_\_\_ Cyl. \_\_\_\_\_ Axis ( \_\_\_\_\_ °)

**G – Campo visual (IMPORTANTE!!los gráficos de los campos visuales deben ser adjuntados)**

Equipo utilizado _____		Diámetro de pupila: _mm	
Fecha: ____/____/____			
Isóptero de la periferia	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular
Amplitud en grados (diámetro)	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Binocular

Confirmando que la información anterior es exacta y actualizada.

Certifico que no hay ninguna contraindicación oftalmológica para que el deportista compita en el deporte mencionado.

- Anexos añadidos a este Formulario de Diagnóstico Médico :  No  Sí

Nombre: \_\_\_\_\_

Especialidad médica: **Oftalmología** , Número de colegiación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**IV- ANEXOS AL FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO** (a cumplimentar por el oftalmólogo)**1. Prueba de campo visual**

Todos los deportistas con un campo visual restringido deben adjuntar a este formulario una prueba de campo visual.

El campo visual del deportista debe ser valorado por una prueba de campo completo (80 o 120 grados) y también, dependiendo de la patología, una prueba de campo central de 30, 24 o 10 grados.

Se debe utilizar uno de los siguientes perímetros: **Perímetro de Goldman (con estímulo III/4)**, Humphrey Field Analyzer or Octopus (Interzeag) con isótopo equivalente al Goldman III/4

**2. Documentación médica adicional:** Especifique qué condiciones oculares tiene el deportista y qué documentación adicional se añade a este Formulario de Diagnóstico Médico. **Los signos oculares deben corresponder al diagnóstico y grado de pérdida de visión. Si la condición ocular es obvia y visible y explica la pérdida de visión, no se requiere documentación médica adicional. En caso contrario, se debe adjuntar documentación médica adicional indicada en la siguiente tabla. Toda la documentación médica adicional necesita un breve informe médico. Cuando esta documentación esté incompleta o falte el informe, la clasificación no podrá concluirse y el deportista no podrá competir.**

Condición ocular	Documentación médica adicional
<input type="checkbox"/> Enfermedad anterior	ninguna
<input type="checkbox"/> Enfermedad macular	<input type="checkbox"/> Macular OCT <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Multifocal y/o patrón ERG* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izq. <input type="checkbox"/> VEP* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Patrón de apariencia VEP* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Enfermedad periférica de la retina	<input type="checkbox"/> Campo completo ERG* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Patrón ERG* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Nervio óptico	<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Patrón ERG* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Patrón VEP* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Patrón de apariencia VEP* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Enfermedad cortical/neurológica	<input type="checkbox"/> Patrón VEP* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Patrón ERG* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo <input type="checkbox"/> Patrón de apariencia VEP* <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Otra documentación relevante adjuntada	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

**\*Notas para evaluaciones electrofisiológicas (ERGs y VEPs):**

Cuando exista una discrepancia o una posible discrepancia entre el grado de pérdida de la visión y las pruebas visuales de la enfermedad ocular, el uso de la electrofisiología visual puede ser útil para demostrar el grado de deterioro.

Las pruebas electrofisiológicas presentadas deben incluir: 1- Copias de los gráficos originales; 2- El informe del laboratorio que realiza las pruebas, el rango de datos normativos de ese laboratorio, una declaración que especifique el equipo utilizado y su estado de calibración. Las pruebas deben realizarse de acuerdo con las normas establecidas por la Sociedad Internacional de Electrofisiología de la Visión (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

Un electroretinograma de campo completo (ERG) prueba la función de toda la retina en respuesta a breves destellos de luz, y puede separar la función de los sistemas mediado por varillas o conos. Sin embargo, no da ninguna indicación de la función macular.

Un ERG de patrón prueba la función central de la retina, impulsada por los conos maculares pero originada en gran medida por las células ganglionares de la retina.

Un ERG multifocal prueba el área central (aprox. 50 grados de diámetro) y produce una representación topográfica de la actividad de la retina central.

Un potencial cortical evocado visual (VEP) registra la señal producida en la corteza visual primaria, (V1), en respuesta a un patrón de estímulo o a un pulso de luz. Un VEP ausente o anormal no es en sí mismo una prueba de problemas específicos del nervio óptico o de la corteza visual, a menos que se haya demostrado una función normal de la retina central.

Un patrón de apariencia VEP es una versión especializada de la VEP usada para establecer el umbral visual que puede ser usado para demostrar objetivamente la habilidad visual al nivel de la corteza visual primaria.