



Confederação Brasileira de Remo
31/08/2022

Boletim Informativo – 07/2022 – Nº 05

Campeonato Brasileiro Interclubes de Remo Barcos Longos 2022

Campeonato Brasileiro Interclubes de Para Remo 2022

A Confederação Brasileira de Remo (CBR) comunica a realização do Painel de Classificação Funcional Nacional a ser realizado no CBI de Para-Remo 2022, no Rio de Janeiro, no período de **19 A 21 DE OUTUBRO DE 2022**. O Painel de Classificação será realizado na modalidade **NACIONAL** respeitando as diretrizes e regulamentos FISA.

1. REGRAS

As regatas serão regidas pelas regras tais como definidas nas Regras de Remo da FISA.

2. INFORMAÇÕES GERAIS

Os atletas:

1. Que não possuem classe esportiva devem participar do Painel de Classificação para estarem aptos a participar do CBI de Para-Remo.
2. Precisam encaminhar toda documentação médica e formulários anexo a este informativo para o e-mail classificacao@remobrasil.com até dia **30 DE SETEMBRO 2022**, para análise e aprovação.
3. Após aprovação da participação do atleta e da documentação médica, precisam marcar na agenda de classificação online pelo link que será encaminhado em resposta para o mesmo e-mail do envio da documentação.
4. Precisam se apresentar para classificação 30 minutos antes do horário marcado na agenda de classificação.
5. Precisam trazer o passaporte ou algum documento oficial de identificação com foto junto com as suas credenciais.
6. Será requerido que leiam e assinem o formulário de consentimento de classificação antes da avaliação dos atletas.
7. Devem estar acompanhados pelos seus representantes.
8. Devem comparecer com todos os equipamentos esportivos e vestimenta usada na competição.
9. Devem comparecer com toda documentação médica relevante.

CONFED. BRASILEIRA DE REMO
Brazilian Rowing Federation
Filiada à FISA – World Rowing
E-mail: cbr@remobrasil.com
www.remobrasil.com

ESCRITÓRIO RIO DE JANEIRO
Av. Graça Aranha, 145, Sala 709
Centro – Rio de Janeiro, RJ
CEP 20030-003, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (21) 2294-3342

ESCRITÓRIO FLORIANÓPOLIS
Rua Patrício Farias, 55, Sala 611
Itacorubi – Florianópolis, SC
CEP 88034-132, Brasil/Brazil
Telefone: +55 (48) 3206-9128





3. AGENDA

Agenda de Classificação Funcional:

1. Quando: 19 e 20/10/2022
2. Documentos físicos: não serão aceitos eletrônicos. **É MANDATÓRIO** a apresentação dos documentos abaixo:
 - Passaporte ou documento de identidade com foto valido na América do Sul;
 - Termo de Consentimento FISA preenchido e assinado pelo atleta e acompanhante disponível neste link: [Termo FISA](#).
 - Formulário de diagnóstico médico FISA preenchido, assinado e com carimbo do médico disponível neste link: [Medical Report FISA](#).
 - Documentos médicos conforme regulamento FISA, tipo de deficiência.
3. Local: Sede da CBR, Lagoa Rodrigues de Freitas, Rio de Janeiro

4. RESULTADOS

Após a participação no painel de classificação o Atleta será informado sobre o status de sua classe esportiva, podendo haver mudança até o final do evento.

Se ainda houver dúvida, entre em contato com a CBR:

classificação@remobrasil.com

(21) 97646-9926

Eliana Mutchnik – FISA Classifier



Nome do Remador _____ Federação Nacional _____



RELATÓRIO MÉDICO PARA ATLETAS COM UM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Este formulário é necessário para relatar a deficiência física de um atleta de acordo com com o Regulamento de Classificação da Federação Internacional de Remo (FISA) para o Para-Remo.

Deve ser preenchido na íntegra e assinado por um médico registrado ou licenciado. Por favor, preencha este formulário imprimindo de forma legível em INGLÊS.

O formulário preenchido com quaisquer anexos deve ser enviado por e-mail da FN em nome do atleta para o Chefe de Classificação da FISA:

classificação@fisa.org

A fim de classificar adequadamente os atletas, este formulário deve ser preenchido integralmente e ser enviado com quaisquer resultados de testes adicionais necessários ou úteis, pelo menos 30 dias antes da classificação. Sem este formulário devidamente preenchido, os atletas podem não ser elegíveis para serem classificados.

1. INFORMAÇÕES DO ATLETA

Sobrenome: _____

Nome dado: _____

Gênero: Fêmea Masculino Data Di nascita (dd/mm/aaaa): _____

Endereço: _____

Cidade: _____ País: _____

Nacional Federação: _____

Nome do Remador _____ Federação Nacional _____

2. INFORMAÇÕES MÉDICAS

Levando em consideração que para ser elegível ao Para-Remo, o Atleta deve ter uma deficiência que seja resultado direto de uma condição de saúde que tenha resultado em uma **atividade permanente e verificável**
limitação:

Condição de Saúde (Diagnóstico) Código(s) CID-9: _____ ou Código(s) CID-10: _____

--

Data de início da condição de saúde: _____ Idade do atleta no início: _____

Deficiências

Marque a(s) caixa(s) abaixo para indicar qual(is) tipo(s) de deficiência o atleta possui que levam a uma limitação de atividade permanente e verificável.

Permanente e Verificável Tipo de deficiência	Exemplos de condição de saúde (diagnóstico) suscetível de causar tal comprometimento	Suporte adicional testes/documentação que são obrigatório e deve ser apresentado com este documento (*) ou deve ser apresentado solicitar
<input checked="" type="checkbox"/> Força muscular prejudicada	Lesão da medula espinhal, distrofia muscular, lesão do plexo braquial, EMGs; velocidade de condução nervosa Paralisia de Erb, poliomielite, espinha bífida, A síndrome de Guillain-Barré	Resultados do teste muscular manual *
<input checked="" type="checkbox"/> Amplitude de movimento prejudicada	Artrogripose, anquilose, pós-queimaduras, contraturas articulares	Medidas goniométricas*; raios x;
<input checked="" type="checkbox"/> Deficiência de membro	Amputação resultante de trauma Fotografia do membro afetado * ou deficiência congênita do membro	
<input checked="" type="checkbox"/> Hipertonia	Paralisia cerebral, acidente vascular cerebral, lesão cerebral, esclerose múltipla	Resultados do teste muscular manual, Teste de coordenação, ressonância magnética, EMG
<input checked="" type="checkbox"/> Ataxia	Ataxia resultante de paralisia cerebral, lesão cerebral, ataxia de Friedreich, esclerose múltipla, ataxia espinocerebelar	Resultados do teste muscular manual, Teste de coordenação, ressonância magnética, EMG
<input checked="" type="checkbox"/> Atetose	Paralisia cerebral, acidente vascular cerebral, lesão cerebral	Resultados do teste muscular manual, Teste de coordenação, ressonância
<input checked="" type="checkbox"/> Deficiência visual	Miopia, visão de túnel, escotoma, retinite pigmentosa, glaucoma, catarata congênita, degeneração macular	magnética, EMG Diagnóstico médico completo V Formato *. (ver link em www.worldrowing.com)

Nome do Remador _____ Federação Nacional _____

Resumo da História Médica

Futuros Procedimentos Médicos Possíveis relacionados à deficiência apresentada e condição de saúde:

Todos os medicamentos (prescritos e de balcão):

Alergias:

3. ANEXAR QUAISQUER TESTES DE DIAGNÓSTICO RELEVANTES

Nome do Remador _____ Federação Nacional _____

4. DECLARAÇÃO DO MÉDICO

ÿ Certifico que as informações acima mencionadas são medicamente apropriadas		
Nome:	_____	
Especialidade Médica:	_____	
Número de registro:	_____	
Endereço:	_____	
Cidade:	_____ País:	_____
Tel.:	_____ E-mail:	_____
Assinatura do Médico:	_____	
No seu lugar:	_____	

É responsabilidade do Atleta enviar uma cópia deste Formulário de Diagnóstico Médico e toda a documentação relevante para a Federação Nacional apropriada. É responsabilidade da Federação Nacional enviar este Formulário de Diagnóstico Médico e toda a documentação relevante para o Chefe de Classificação da FISA pelo menos 30 dias antes da classificação.

Formulário de Consentimento de Avaliação do Atleta

1. Concordo em passar pelo processo de Avaliação de Atletas detalhado nos Regulamentos de Classificação da FISA e administrado por um Painel de Classificação da FISA designado. Eu entendo que este processo pode exigir que eu participe de exercícios e atividades esportivas que podem incluir minha observação durante a competição. Entendo que há risco de lesão ao participar de exercícios e atividades. Confirmando que estou saudável o suficiente para participar da Avaliação do Atleta.
2. Entendo que devo atender às solicitações feitas pelo Painel de Classificação. Isso inclui fornecer documentação suficiente para permitir que um Painel de Classificação determine se cumpro com os requisitos de elegibilidade para Para-Remo. Entendo que, se eu não cumprir com qualquer solicitação, a Avaliação do Atleta poderá ser suspensa sem que uma Classe Esportiva seja atribuída a mim.
3. Entendo que a Avaliação do Atleta exige que eu dê o meu melhor esforço e que qualquer Deturpação Intencional de minhas habilidades, habilidades e/ou o grau de minha deficiência durante a Avaliação do Atleta pode resultar em ação disciplinar (consulte as Regras de Declaração Intencional do IPC em o Manual do IPC, Seção 2, Capítulo 1.3).
4. Entendo que a Avaliação do Atleta é um processo de julgamento e concordo em cumprir o julgamento do Painel de Classificação. Se eu não concordar com a decisão do Painel de Classificação, concordo em cumprir o processo de Protesto conforme definido no Regulamento de Classificação.
5. Concordo em ser filmado e fotografado durante o processo de Avaliação do Atleta e que isso pode incluir minha atividade dentro e fora do campo de jogo durante a Competição.
6. Eu concordo e autorizo que a FISA processe meus dados pessoais em qualquer formato, incluindo meu nome completo, país, data de nascimento, esporte, classe esportiva, status da classe esportiva e informações médicas relevantes. Eu concordo e concordo que meu nome, país e Classe Esportiva e Status da Classe Esportiva sejam publicados pela FISA e compartilhados com terceiros, como Organizadores de Competições.

Desejo ajudar a FISA no desenvolvimento do sistema de Classificação e, portanto, permitir que meus dados coletados durante a Avaliação do Atleta e o material de vídeo gravado durante o treinamento e a competição sejam usados para fins educacionais e de pesquisa pela FISA. Entendo que posso retirar este consentimento a qualquer momento, e que quaisquer dados mantidos serão tornados anônimos e retidos de forma que a identificação do indivíduo não seja divulgada.

Nome impresso do atleta

Assinatura

Em seu lugar

Pai/Responsável * Assinatura * É obrigatória se o Atleta for menor de dezoito

Em seu lugar

(18) anos de idade.

Nome impresso da testemunha

Assinatura

Em seu lugar

DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES MÉDICAS QUE PODEM REQUER MEDIDAS DE EMERGÊNCIA

[Por favor, imprima todas as informações e preencha em inglês]

Nome: _____

Federação Nacional: _____

A, _____, desejam competir em eventos de remo adaptativo FISA.

[IMPRIMIR O NOME COMPLETO]

Entendo que a FISA exige que eu declare quaisquer condições médicas conhecidas que possam comprometer minha segurança na água. Entendo que devo declarar a gestão atual para minha condição [s].

(Por favor, imprima N/A se não houver condições médicas associadas)

HISTÓRICO MÉDICO PERTINENTE:

Diabetes Doença cardíaca Câncer Acidente vascular cerebral Fratura recente Asma Hipertensão (pressão alta)

Disreflexia Autonômica Desidratação Convulsões Outros _____

Possíveis complicações médicas:

Medidas que devem ser tomadas caso isso ocorra: _____

Alergias: _____

Todos os medicamentos são os seguintes: _____

Eu entendo que se eu deixar de declarar quaisquer condições médicas conhecidas e se esta condição resultar na necessidade de realizar um resgate, serei automaticamente considerado inelegível para a presente competição. Eu também entendo que se uma condição se tornar evidente pela primeira vez durante a competição e for diagnosticada no momento, por exemplo, desidratação, eu ainda serei elegível para competir desde que eu observe o manejo recomendado para a condição.

ASSINATURA DO REMADOR: _____

ASSINATURA dos PAIS / RESPONSÁVEIS / GUARDA [MENOS DE 18 ANOS]: _____

ASSINATURA DA TESTEMUNHA: _____

NOME IMPRESSO DA TESTEMUNHA: _____

NO SEU LUGAR: _____

FORMULÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE PARA-REMO FISA

Por favor, complete em inglês

Sobrenome: _____ Federação: _____
Nome dado _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: (dd / mm / aaaa): _____
Número do Passaporte: _____ Data de validade: _____

Anexe a seguinte documentação conforme apropriado ao aplicativo:

PR3-VI: documentação de exames diagnósticos (incluindo VI Formulário Médico assinado por oftalmologista).

PR3-PD, PR2, PR1: Formulário de Diagnóstico Médico FISA assinado por um médico, incluindo outras informações necessárias, em inglês claro.

=====

Apenas para uso do classificador

Diagnóstico + Diagnóstico Associado + outros Comentários:

Deficiência Visual: _____ (Consulte o VI Formulário Médico)

Deficiência física:

Amputado _____ desde _____

Nível da Coluna Vertebral Prejudicado _____ Completo / Incompleto desde _____

Outros _____

Documentação de Deficiência Anexada (Obrigatório)

Progressivo: Sim / Não

Convulsões: Sim / Não

Asma: Sim / Não

Capacidade de andar: Sim / Não

Muletas / Auxílios: Sim / Não Cadeira de rodas: Sim / Não

Tempo de remo como para-remador: _____ Anos _____ Meses

Experiência de Competição de Para Remo: _____ Anos **Número de eventos:** _____

Local e data do teste: _____ Classe Recomendada: PR3- _____ PR2 PR1 NE

Elegível para PR3 Mix2x _____ (perda de pelo menos 20 pontos em um membro)

Comentário dos classificadores: _____

Classificação Final: Novo

Revisão Data de Revisão: _____

Confirmado

Se Status R (Revisão), forneça os motivos: _____

Assinatura, classificador FISA (médico)

Assinatura, classificador FISA (técnico)

Assinatura, Remador

Imprimir nome

Imprimir nome

Imprimir nome

Remador do Tempo informado da Classificação: _____

TABELA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DE PARA-REMO FISA

Nome do remador: _____ Federação: _____

Teste de Classificação Funcional	Força ou coordenação muscular (escala de 0-5, sem escala +/-)		Alcance de Movimento (0-10 escalas)	
MEMBROS SUPERIORES	Certo	Deixei	Certo	Deixei
Ombros				
Flexão				
Extensão				
Cotovelos				
Flexão				
Extensão				
Pulsos				
Flexão				
Extensão				
Dedos				
Flexão				
Extensão				
SUPERIOR TOTAL: R (80) L (80)				
MEMBROS INFERIORES	Certo	Deixei	Certo	Deixei
Ancas				
Flexão				
Extensão				
Joelhos				
Flexão				
Extensão				
Tornozelos				
Flexão (Plantarflexão)				
Extensão (dorsiflexão)				
TOTAL INFERIOR: R (60) L (60)				

Escalas para força muscular

Número total de pontos:

/ 280

0 Sem contração muscular

1 Cintilação ou traço de contração

2 Movimento ativo com a gravidade eliminada

3 Movimento ativo contra a gravidade em toda a amplitude de movimento

4 Movimento ativo contra gravidade e resistência em toda a amplitude de movimento

5 Potência normal em toda a amplitude de movimento

Escalas para Coordenação

0 Nenhum movimento funcional

1 ADM severamente restrita devido a rigidez muscular hipertônica severa e/ou muito minimamente coordenada movimentos

2 ADM severamente restrita, espasticidade severa - rigidez muscular hipertônica presente e/ou problemas graves de coordenação

3 ADM moderada, espasticidade moderada, com movimento restringindo o tônus e/ou problemas moderados de coordenação

4 ADM quase completa, com leve espasticidade e leve aumento do tônus muscular e/ou pequenos problemas de coordenação

5 Capaz de se mover das posições inicial para final de forma fluida e consistente, mantendo a ADM completa desse movimento

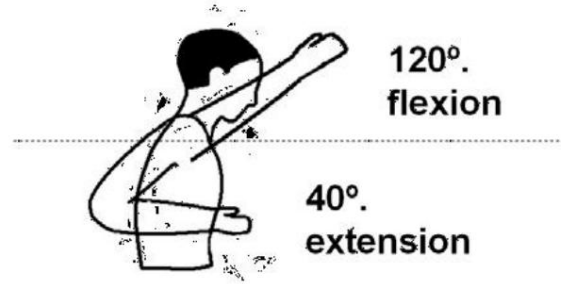
Nome do remador: _____

Federação: _____

Consulte os números de ROM abaixo para completar esta página.

Escala de pontuação para AFROM do ombro

- 0° -80° = 0 pontos
- 81° -100° = 2 pontos
- 101° -120° = 4 pontos
- 121° -140° = 6 pontos
- 141° -159° = 8 pontos
- 160° = 10 pontos



Flexão do Remador AFROM

R _____ L _____

Extensão de Remadores AFROM

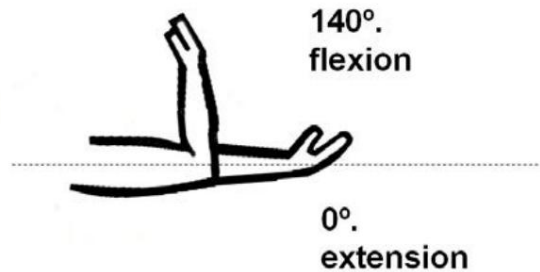
R _____ L _____

Ombro Total AFROM

R _____ L _____

Escala de pontuação para AFROM de cotovelo

- 0° -70° = 0 pontos
- 71° -89° = 2 pontos
- 90° -107° = 4 pontos
- 108° -124° = 6 pontos
- 125° -139° = 8 pontos
- 140° = 10 pontos



Flexão do Remador AFROM

R _____ L _____

Extensão de Remadores AFROM

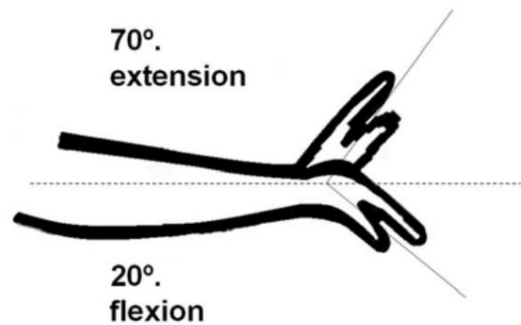
R _____ L _____

Cotovelo Total AFROM

R _____ L _____

Escala de pontuação para AFROM de pulso

- 0° -45° = 0 pontos
- 46° -56° = 2 pontos
- 57°-67° = 4 pontos
- 68° -78° = 6 pontos
- 79° -89° = 8 pontos
- 90° = 10 pontos



Flexão do Remador AFROM

R _____ L _____

Extensão de Remadores AFROM

R _____ L _____

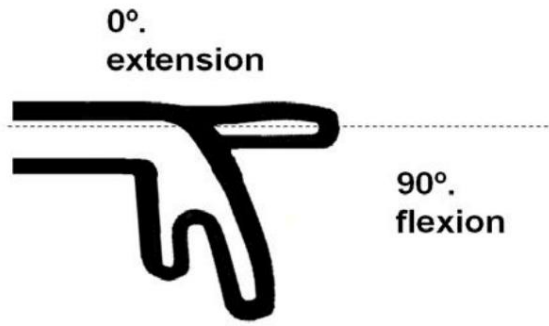
Pulso Total AFROM

R _____ L _____

Nome do Remador _____

Escala de pontuação para AFROM de Finger

- 0° -45° = 0 pontos
- 46° -56° = 2 pontos
- 57°-67° = 4 pontos
- 68° -78° = 6 pontos
- 79° -89° = 8 pontos
- 90° = 10 pontos



Flexão do Remador AFROM

R _____ L _____

Extensão de Remadores AFROM

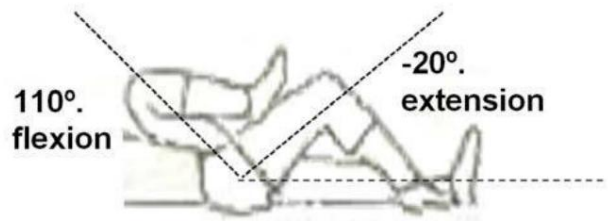
R _____ L _____

Dedo Total AFROM

R _____ L _____

Escala de pontuação para Hip's AFROM

- 0° -45° = 0 pontos
- 46° -56° = 2 pontos
- 57°-67° = 4 pontos
- 68° -78° = 6 pontos
- 79° -89° = 8 pontos
- 90° = 10 pontos



Flexão do Remador AFROM

R _____ L _____

Extensão de Remadores AFROM

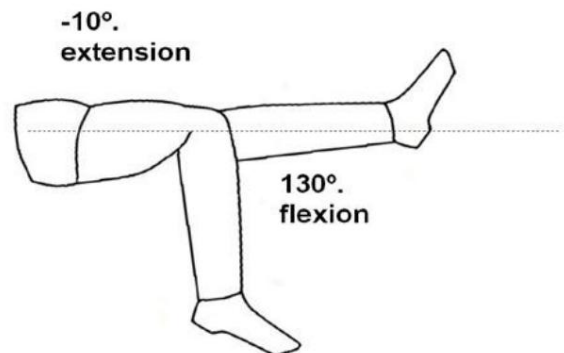
R _____ L _____

Quadril Total AFROM

R _____ L _____

Escala de pontuação para AFROM do joelho

- 0° -60° = 0 pontos
- 61° -75° = 2 pontos
- 76° -90° = 4 pontos
- 91° -105° = 6 pontos
- 106° -119° = 8 pontos
- 120° = 10 pontos



Flexão do Remador AFROM

R _____ L _____

Extensão de Remadores AFROM

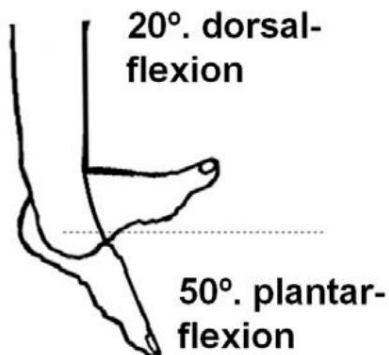
R _____ L _____

Joelho Total AFROM

R _____ L _____

Escala de pontuação para AFROM do tornozelo

- 0° -35° = 0 pontos
- 36° -43° = 2 pontos
- 44° -52° = 4 pontos
- 53° -61° = 6 pontos
- 62° -69° = 8 pontos
- 70° = 10 pontos



Flexão das Costas do Remador AFROM

R _____ L _____

Flexão Plantar dos Remadores AFROM

R _____ L _____

Tornozelo Total AFROM

R _____ L _____

Nome do Remador _____ Federação Nacional _____

TESTE ERGÔMETRO E OBSERVAÇÃO NA ÁGUA

Comentários sobre o teste de ergômetro e observação na água:

(Observação: Os comentários devem fornecer uma indicação se esses testes confirmam os resultados do teste de bancada e por que e, se não, o motivo pelo qual o teste de ergômetro e/ou a observação na água levam os classificadores a confirmar uma categoria diferente).

Protocolo	Comentários
Descreva o equilíbrio sentado do remador	
Avaliação - assento deslizante <input type="checkbox"/> YN <input type="checkbox"/>	
Remador capaz de usar o assento deslizante <input type="checkbox"/> YN <input type="checkbox"/>	
Coordenação do remador <30 spm	
Coordenação do remador > 30 spm	
Avaliação - assento fixo YN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Flexão/extensão do tronco do remador	
Avaliação - amarração YN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Teste com prótese e/ou órtese para determinar melhor funcionalidade do atleta <input type="checkbox"/> YNN/A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Remador capaz de manter o poder ao longo teste?	
Tempo de avaliação do atleta: minutos	
Atleta encaminhado para na água observação <input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/>	
Observações: Houve algo na avaliação médica que direcionou sua avaliação técnica?	

