

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.