

Modulo diagnostico medico per atleti con menomazione fisica

Per essere idoneo a World Shooting Para Sport un atleta deve avere una diagnosi medica di base (condizione di salute) che determini una menomazione permanente e ammissibile (articolo 7 delle Regole e Regolamenti di Classificazione di World Shooting Para Sport). La misurazione della menomazione effettuata durante il processo di classificazione deve corrispondere alla diagnosi indicata di seguito.

I moduli compilati e le relative informazioni diagnostiche mediche devono essere caricati nel profilo SDMS dell'atleta al momento della registrazione all'SDMS. World Shooting Para Sport si riserva il diritto di richiedere ulteriori informazioni, se necessario. L'atleta non potrà sottoporsi alla classificazione finché non saranno fornite le informazioni richieste.

Si prega di compilare il modulo in formato elettronico.

Informazioni sull'atleta (a cura del NPC)

Cognome:	
Nome/i:	
Sesso: ☐ Femmina ☐ Maschio	Data di nascita: (gg/mm/aaaa)
NPC:	ID SDMS:

Informazioni mediche — da compilare a cura di un medico iscritto all'albo.

Diagnosi medica dell'atleta (condizione di salute):		
Descrizione delle parti del corpo interessate e delle limitazioni:		
Menomazione/i primaria/e derivante/i dalla diagnosi medica (condizione di salute):		
☐ Ridotta forza muscolare	☐ Atassia	☐ Differenza di lunghezza degli arti
☐ Ridotta escursione articolare passiva	☐ Atetosi	☐ Deficit/perdita di arto
	☐ Ipertono	☐ Bassa statura (altezza: ____ cm)
La condizione medica è: ☐ Permanente ☐ Stabile ☐ Progressiva ☐ Fluttuante		
Anno di insorgenza: (aaaa)		☐ Congenita (nascita)

Evidenza diagnostica da allegare:

Per supportare la diagnosi sopra indicata DEVE essere allegata per TUTTI gli atleti:

- ☐ Referto diagnostico medico e risultati dell'esame obiettivo (per esempio scala ASIA per atleti con lesione midollare, scala di Ashworth per atleti con paralisi cerebrale, radiografie per atleti con dismelia, fotografia per atleti con amputazione)

World Shooting Para Sport si riserva il diritto di richiedere ulteriori evidenze diagnostiche ai sensi degli articoli 7.5 e 7.6 delle Regole e Regolamenti di Classificazione, tra cui, a titolo non esaustivo:

- ☐ Referto/i di ulteriori accertamenti diagnostici (per esempio EMG, RM, TC, radiografie)

Anamnesi terapeutica:**Farmaci assunti regolarmente — indicare dose e motivo:****Presenza di ulteriori condizioni/diagnosi mediche:**

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Menomazione visiva | ☐ Funzione respiratoria alterata | ☐ Ipermobilità/instabilità articolare |
| ☐ Menomazione intellettiva | ☐ Funzione metabolica alterata | ☐ Ridotta resistenza muscolare |
| ☐ Menomazione uditiva | ☐ Funzione cardiovascolare alterata | (es. stanchezza cronica) |
| ☐ Diagnosi psicologiche | ☐ Dolore | ☐ Altro: _____ |

Descrivere:

- ☐ Confermo che le informazioni sopra riportate sono corrette

Nome del medico:**Specializzazione medica:****Numero di iscrizione all'albo:****Indirizzo:****Città:****Paese:****Telefono:****E-mail:****Firma:****Data:**

Modulo diagnostico medico

per atleti con menomazione visiva

Il presente modulo deve essere compilato da un oftalmologo abilitato. Tutta la documentazione richiesta è elencata alle pagine 2 e 3. La documentazione non deve essere più vecchia di 12 mesi e deve essere caricata nel sistema SDMS al momento della richiesta di licenza.

Informazioni sull'atleta

Cognome	
Nome	
Data di nascita (gg/mm/aaaa)	
Sesso	
Nazionalità / NPC	
Sport	Tiro a segno paralimpico
ID SDMS (se disponibile)	

Diagnosi

Diagnosi oculare (patologia, occhio interessato)
--

Anamnesi medica

Età di insorgenza	
Interventi futuri previsti	
Occhiali	☐ Sì ☐ No Correzione: destro sinistro (se sì, indicare la correzione)
Lenti a contatto	☐ Sì ☐ No ☐ Correzione:
Protesi oculare	☐ Sì ☐ No ☐ Occhio: destro / sinistro

Terapia farmacologica

Farmaco	Dosaggio	Motivo della terapia

Acuità visiva

	Occhio destro	Occhio sinistro
Con correzione		
Senza correzione		
Tipo di correzione		
Metodo di misurazione	☐ Tavola ETDRS ☐ Altro:	

Sensibilità al contrasto

	Occhio destro (logCS)	Occhio sinistro (logCS)
Valore		
Tipo di tavola		

Allegati

1. Esame del campo visivo

Campo visivo completo a 120 gradi più campo visivo centrale a 30, 24 o 10 gradi. Metodi accettati: Goldmann (stimolo III/4), Humphrey, Octopus.

☐ Allegato ☐ Non disponibile

2. Documentazione aggiuntiva (in base alla patologia)

Tipo di patologia	Esami richiesti
Patologia del segmento anteriore	Nessuno
Patologia maculare	OCT maculare; ERG multifocale e/o da pattern*; VEP*; VEP di comparsa di pattern*
Patologia della retina periferica	ERG a campo pieno*; ERG da pattern*
Patologia del nervo ottico	OCT; ERG da pattern*; VEP da pattern*; VEP di comparsa di pattern*
Patologia corticale / neurologica	VEP da pattern*; ERG da pattern*; VEP di comparsa di pattern*

* Esami di elettrofisiologia: vedere le note a pagina 3.

Segni oculari: se l'esame clinico evidenzia segni oculari compatibili con la patologia diagnosticata (ad esempio alterazioni del fondo oculare, del nervo ottico o dei mezzi diottrici), il medico li descrive qui o allega la documentazione relativa. Se i segni non sono presenti o non spiegano il deficit visivo, sono necessari gli esami di elettrofisiologia indicati a pagina 2.

Note sull'elettrofisiologia

VEP (potenziali evocati visivi) ed ERG (elettroretinogramma) devono essere eseguiti secondo gli standard ISCEV in vigore. Il referto deve riportare il protocollo utilizzato, i valori ottenuti e i valori normativi del laboratorio.

Conferma del medico

- ☐ Confermo che le informazioni contenute nel presente modulo sono accurate.
- ☐ Confermo che non vi sono controindicazioni a gareggiare a livello agonistico.

Dati del medico

Nome e cognome	
Specializzazione	
Struttura / indirizzo	
Telefono	
E-mail	
Numero di iscrizione all'albo	
Data (gg/mm/aaaa)	
Firma e timbro	

APPENDICE 10

Dichiarazione dell'atleta sull'epilessia

Da compilare da parte di tutti gli atleti e caricare nel profilo SDMS dell'atleta entro il 1° febbraio di ogni stagione.

NPC	
N. ID SDMS	
Cognome	
Nome	

Barrare la dichiarazione appropriata:

☐	Con la presente dichiaro di non aver ricevuto alcuna diagnosi medica di epilessia, in alcuna forma.
☐	Con la presente dichiaro di aver ricevuto una diagnosi medica di epilessia, ma la mia condizione è stabile e non ho avuto crisi epilettiche/convulsioni né episodi correlati all'epilessia negli ultimi 12 mesi. <i>Indicare il tipo di epilessia diagnosticata:</i>
☐	Con la presente dichiaro di aver ricevuto una diagnosi medica di epilessia e di aver avuto una crisi epilettica/convulsione o un episodio correlato all'epilessia negli ultimi 12 mesi. <i>Indicare il tipo di epilessia diagnosticata, la data e i dettagli della crisi epilettica/convulsione o dell'episodio correlato all'epilessia:</i>

Firma dell'atleta	
Firma del rappresentante del NPC	
Timbro del NPC	
Data	

World Shooting Para Sport

Dahlmannstraße 2 Tel. +49 228 2097260
53113 Bonn, Germany Fax +49 228 2097-209
www.paralympic.org/shooting

Info@WorldShootingParaSport.org

Modulo di richiesta di revisione medica di World Shooting Para Sport

Chi può presentare la richiesta

La richiesta di revisione medica può essere presentata dall'atleta, tramite il proprio NPC, quando ritiene che la propria menomazione sia cambiata in modo significativo (peggioramento, miglioramento o intervento medico) rispetto a quella valutata nell'ultima classificazione.

Presentazione della richiesta

La richiesta deve essere inoltrata tramite il sistema SDMS dall'NPC dell'atleta. Il costo è di 100 euro più IVA, non rimborsabili. Lo stato della richiesta in SDMS può essere: Nuova, Incompleta, In attesa. La richiesta deve essere presentata almeno 3 mesi prima della competizione successiva a cui l'atleta intende partecipare.

Conseguenze della richiesta

Se la richiesta viene respinta, lo stato di classe dell'atleta non cambia. Se viene approvata, lo stato di classe dell'atleta diventa Revisione (R) e l'atleta sarà rivalutato alla prima competizione utile del programma di classificazione di [Inserire nome dello sport].

Conseguenze della mancata richiesta

Se l'atleta non comunica un cambiamento significativo della propria menomazione, può essere ritenuto responsabile di dichiarazione intenzionalmente falsa (Intentional Misrepresentation), ai sensi del Manuale IPC, Sezione 2, Capitolo 1.3.

Dati dell'NPC

NPC	
Referente	
Funzione	
E-mail	
Telefono	

Dati dell'atleta

Cognome	
Nome	
Data di nascita (gg/mm/aaaa)	
Sesso	
ID SDMS	
Sport	
Classe e stato attuali	

Prossima competizione

Nome della competizione	
Luogo	
Data (gg/mm/aaaa)	

Intervento medico (se pertinente)

Tipo di intervento	
Data dell'intervento	
Struttura / medico	

Descrizione del cambiamento della menomazione

Documentazione di supporto allegata

- ☐ Referti medici
- ☐ Esami strumentali
- ☐ Altro (specificare):

Conferma del professionista sanitario

Confermo che le informazioni fornite sono corrette e che il cambiamento della menomazione descritto è documentato.

Nome e cognome	
Qualifica	
E-mail	
Data (gg/mm/aaaa)	
Firma	

Verifica da parte dell'NPC

NPC	
Nome e cognome	
Funzione	
E-mail	
Timbro dell'NPC	
Firma	

Modulo di protesta sulla classificazione

Atleta oggetto della protesta

Cognome	
Nome	
ID SDMS	
Sesso	
NPC	
Sport	
Classe e stato attuali	

Protesta presentata da

Organizzazione	☐ NPC ☐ IPSF
Funzione	
Nome e cognome	
Data e ora	
Tassa pagata	☐ Sì ☐ No Data e ora:
Firma	

Motivi della protesta

Articoli di riferimento
Motivazioni

Tassa di protesta ricevuta da

Organizzazione	
Funzione	
Nome e cognome	
Data e ora	
Firma	

Protesta accolta / respinta

Esito	☐ Accolta ☐ Respinta
Motivo, se respinta	
Ora e luogo della rivalutazione	
Nome del Chief Classifier	
Firma	

Esito della protesta

Classe	☐ Cambiata ☐ Non cambiata
Classe e stato dopo la protesta	☐ R ☐ C
Firma del Chief Classifier	
Rappresentante NPC	
Firma	

Rimborso della tassa di protesta

Conferma di ricezione del rimborso a nome dell'NPC.

Nome e cognome	
Data e ora	
Firma	

Scheda di classificazione

Versione: marzo 2015

PARTE 1: INFORMAZIONI SULLA CLASSIFICAZIONE																			
1.1 DATI DELL'ATLETA																			
Numero SDMS								NPC											
Cognome								Nome/i											
Sesso								Data di nascita											
1.2 INFORMAZIONI MEDICHE																			
Tipo di menomazione																			
☐ Ridotta forza muscolare				☐ Ridotta escursione articolare passiva				☐ Deficit di arto				☐ Nessuna							
☐ Atassia				☐ Atetosi				☐ Ipertonìa											
Descrizione dettagliata della/e menomazione/i e della/e condizione/i di salute:																			
PARTE 2: VALUTAZIONE FISICA																			
2.1 - 2.2 FORZA MUSCOLARE RIDOTTA (2.1) E RIDOTTA ESCURSIONE ARTICOLARE PASSIVA (2.2)																			
ARTI SUPERIORI		Spalla						Gomito				Polso		Dita (2-5)(MCF)		Pollice		TOTALE PUNTI (85/170)	TOTALE PUNTI PERSI
		Flessione	Estensione	Abduzione	Adduzione	Add. orizz.	Rotaz. interna	Rotaz. esterna	Flessione	Estensione	Supinazione	Pronazione	Flessione dors.	Flessione vol.	Flessione	Estensione	Opposizione		
Forza muscolare (0-5)	DESTRO																		
	SINISTRO																		
Escursione di movimento	Passiva	0-90°	0-20°	0-90°	0-90°	0-120°	0-90°	0-90°	0-120°	0-120°				Escursione anatomica (EA)					
	DESTRO																		
	SINISTRO																		
ARTI INFERIORI		Anca				Ginocchio		Caviglia						TOTALE PUNTI (50/100)	TOTALE PUNTI PERSI				
		Flessione	Estensione	Abduzione	Adduzione	Flessione	Estensione	Dorsiflessione	Flessione plantare	Inversione	Eversione								
Forza muscolare (0-5)	DESTRO																		
	SINISTRO																		
Escursione di movimento	Passiva	0-90°	0-10°	0-20°	EA	0-90°	0-10°	0-30°	0-50°	0-50°	0-30°								
	DESTRO																		
	SINISTRO																		
2.3 DEFICIT DI ARTO																			
Arto/i superiore/i interessato/i: SINISTRO/DESTRO										Livello e descrizione:									
Arto/i inferiore/i interessato/i: SINISTRO/DESTRO										Livello e descrizione:									

2.4 ATASSIA		2.5 ATETOSI		2.6 IPERTONIA	
2.7 TRONCO					
COLONNA VERTEBRALE	Condizioni		Descrivere se presente:		
	Scoliosi	☐ Sì ☐ No			
	Fissazione	☐ Sì ☐ No			
Test		Punteggio		Commenti	
TEST 1: inclinazione in avanti		☐ + ☐ ± ☐ -			
TEST 2: inclinazione all'indietro		☐ + ☐ ± ☐ -			
TEST 3: inclinazione oltre la base d'appoggio		☐ + ☐ ± ☐ -			
TEST 4: flessione laterale per lato		☐ + ☐ ± ☐ -			
TEST 5: rotazione		☐ + ☐ ± ☐ -			
RISULTATO (misura della lunghezza totale della schiena):					
Punteggio schienale (A/B/C):	☐ A ☐ B ☐ C	Lunghezza totale della schiena:	cm	Altezza libera visibile:	cm

PARTE 3: VALUTAZIONI TECNICHE

3.1 ATLETA VALUTATO IN POSIZIONE DI TIRO CON L'ATTREZZATURA (IN SALA DI CLASSIFICAZIONE) ☐ Sì ☐ No

Commenti:

3.2 ATLETA VALUTATO IN POSIZIONE DI TIRO CON L'ATTREZZATURA, IN POLIGONO/DURANTE L'ALLENAMENTO ☐ Sì ☐ No

Commenti:

PARTE 4: INFORMAZIONI SULL'ATTREZZATURA

Arto di tiro	☐ Sinistro ☐ Destro	Adattamento grilletto	☐ No ☐ Sì
Molla SH2 per supporto carabina	☐ a ☐ b ☐ N/D	Porta una protesi?	Dettagli:
Assist. caricamento (CARABINA SH2)	☐ No ☐ Sì ☐ N/D	☐ No ☐ Sì	
Dispositivo di carico (PISTOLA)	☐ No ☐ Sì ☐ N/D	Porta un'ortesi?	Dettagli:
Blocco compensatore	☐ No ☐ Sì ☐ N/D	☐ No ☐ Sì	

PARTE 5: DECISIONE DI CLASSIFICAZIONE

Classe sportiva	☐ SH1 (Pistola) ☐ SH1 (Carabina) ☐ SH2 ☐ Non idoneo (NI) ☐ Classificazione non completata (CNC)				
Sotto-classe sportiva	☐ A ☐ B ☐ C ☐ Aa ☐ Ab ☐ Ba ☐ Bb ☐ Ca ☐ Cb				
Stato della classe	☐ Confermata ☐ In revisione		Anno di revisione (se applicabile)		
Commenti sulla decisione di classificazione/motivo della revisione:					

PARTE 6: VERIFICA DELLA CLASSIFICAZIONE

CLASSIFICATORE 1		CLASSIFICATORE 2	
Nome		Nome	
Firma		Firma	

PARTE 7: DICHIARAZIONE DELL'ATLETA

La firma indica che l'atleta è stato debitamente informato sulla classe sportiva e sullo stato assegnati dalla commissione e che le informazioni fornite dall'atleta erano corrette.

Luogo della classificazione		Nome	
Data/ora della classificazione		Firma	

Modulo di consenso alla visita

Desidero sottopormi al processo di Valutazione dell'atleta descritto nel Regolamento di classificazione della federazione internazionale dello sport, gestito dalla federazione stessa e da una Commissione di classificazione designata, e riconosco che i seguenti passaggi sono essenziali per completarlo:

- a. Comprendo che questo processo può richiedere la partecipazione a esercizi e attività di tipo sportivo, tra cui l'essere osservato mentre gareggio. Comprendo che la partecipazione a tali esercizi e attività comporta un rischio di infortunio. Confermo di essere in condizioni di salute sufficienti per partecipare alla Valutazione dell'atleta.
- b. Comprendo di dover rispettare le richieste sia della federazione internazionale sia della Commissione di classificazione. Ciò comprende la presentazione di documentazione sufficiente a stabilire se soddisfo i requisiti di idoneità. Comprendo inoltre che, se non ottemperassi a tali richieste, la Valutazione dell'atleta potrebbe essere sospesa senza che mi venga assegnata una classe sportiva.
- c. Comprendo che la Valutazione dell'atleta richiede il mio massimo impegno e che qualsiasi dichiarazione intenzionalmente falsa (Intentional Misrepresentation) delle mie capacità, abilità e/o del grado della mia menomazione durante la Valutazione può comportare provvedimenti disciplinari nei miei confronti.
- d. Comprendo che la Valutazione dell'atleta è un processo di giudizio e accetto di rispettare il giudizio della Commissione di classificazione. Se non concordo con la decisione della Commissione, accetto di rispettare la procedura di protesta e/o ricorso prevista dal Codice di classificazione degli atleti e dagli Standard internazionali.
- e. Posso essere ripreso e fotografato durante il processo di Valutazione dell'atleta, anche nelle mie attività dentro e fuori dal campo di gara durante la competizione.
- f. I miei dati personali (compresi la classe sportiva, lo stato della classe e le informazioni mediche pertinenti non già raccolte dall'IPC nell'Accordo di idoneità IPC) saranno raccolti dalla federazione internazionale, dal mio Comitato Paralimpico Nazionale (NPC) e/o dalla mia Federazione Nazionale (FN) e conservati dalla federazione internazionale (anche mediante trasferimento o archiviazione sui server di proprietà o in uso all'IPC) e utilizzati dalla federazione, dal mio NPC e/o dalla mia FN ai fini e nei limiti necessari alla Valutazione dell'atleta e per agevolare la mia partecipazione alle competizioni IPC.
- g. I miei dati personali saranno trasmessi al Direttore Medico e Scientifico dell'IPC (o a un suo rappresentante designato) e/o al Comitato Medico dell'IPC se la Commissione di classificazione, esaminando le informazioni diagnostiche mediche o attraverso qualsiasi osservazione durante la Valutazione dell'atleta, ritiene che io possa avere una condizione di salute che potrebbe essere peggiorata dalla mia partecipazione a questo sport, al fine di valutare tale rischio e stabilire l'esito appropriato.
- h. Il mio nome, sesso, anno di nascita, Paese, classe sportiva e stato della classe saranno pubblicati dalla federazione internazionale e condivisi con il mio NPC, la mia FN e gli organizzatori delle competizioni.

Spiegazione aggiuntiva (consenso):
Uso dei dati personali per finalità di ricerca

- ☐ Desidero aiutare la federazione internazionale nello sviluppo del sistema di classificazione e pertanto consento che i miei dati personali, compreso il materiale video registrato durante allenamenti e competizioni, siano utilizzati a fini di ricerca e formazione dalla federazione stessa a tempo indeterminato, a condizione che tali dati siano resi anonimi prima di qualsiasi pubblicazione.

Fornire o meno questo consenso non incide sull'adempimento del presente Modulo di consenso alla visita nel suo complesso. Se non viene dato il consenso per finalità di ricerca, i dati personali non saranno utilizzati a tale scopo. Se il consenso è dato, può essere revocato in qualsiasi momento contattando la sede centrale dell'IPC all'indirizzo: privacy@paralympic.org.

Liberatoria

Con la presente sollevo la federazione internazionale, l'IPC e i rispettivi membri esecutivi, direttori, dirigenti, dipendenti, volontari, appaltatori o agenti da qualsiasi responsabilità (nella misura consentita dalla legge) per qualsiasi perdita, infortunio o danno da me subito in relazione alla raccolta dei miei dati personali da parte del mio NPC o della mia FN e/o alla mia partecipazione alla Valutazione dell'atleta.

Accesso ai dati personali

Comprendo di avere il diritto di accedere ai dati personali che la federazione internazionale detiene su di me e di correggerli, ai sensi della normativa sulla protezione dei dati, rivolgendomi al mio NPC o alla mia FN, che, se necessario, contatteranno la federazione. Comprendo inoltre che la mia idoneità a partecipare a questo sport è subordinata alla mia partecipazione volontaria alla Valutazione dell'atleta, affinché mi possa essere assegnata una classe sportiva. Comprendo infine che posso revocare in qualsiasi momento il mio consenso al trattamento e alla conservazione dei miei dati personali, e che la revoca comporterà la mia non idoneità a partecipare a questo sport.

Recapiti

Comprendo che, per qualsiasi domanda sul contenuto del presente Modulo di consenso alla visita e sull'uso dei miei dati personali, posso contattare la sede centrale dell'IPC all'indirizzo: privacy@paralympic.org.

_____ Nome dell'atleta (in stampatello)	_____ Firma	_____ Data
_____ Rappresentante dell'atleta (firma obbligatoria se l'atleta è minorenne o privo di capacità giuridica secondo la legge nazionale)	_____ Firma	_____ Data