

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:**