

Formulaire de diagnostic médical pour TOUS les athlètes avec handicap physique

Pour être éligible à la natation mondiale handisport, un athlète doit avoir un diagnostic médical sous-jacent ? (profond-fondamental) (état de santé) qui résulte en une incapacité permanent et éligible (article 7 dans le document règles et règlements de classification de la natation mondiale handisport).

La mesure (évaluation) de l'incapacité menée durant le processus de classification doit correspondre au diagnostic indiqué (spécifié?) ci-dessous.

Les formulaires remplis et les informations de diagnostic médical pertinentes doivent être mises à jour dans le profil de l'athlète (sous SDMS) après l'enregistrement de l'athlète dans le système de données (SDMS). WPS (World Para Swimming) détient le droit de demander des informations complémentaires, si nécessaire. L'athlète ne pourra pas être soumis au test de classification, tant que les informations demandées n'auront pas été fournies.

Merci de compléter le formulaire électroniquement.

Informations athlète (à compléter par le NPC comité national paralympique)

Nom de famille :	
Prénom(s):	
Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date naissance :
NPC:	SDMS ID:

Information médicale - à compléter en ANGLAIS par un médecin agréé ??

Diagnostic médical de l'athlète (état de santé) :	
Inclure la description de la (les) partie(s) du corps affectées et les limitations :	
Déficiência(s) principale(s) résultant du diagnostic médical (Problème de santé): <input type="checkbox"/> Force musculaire déficiente (ou diminuée ?) <input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Différence de longueur de jambe <input type="checkbox"/> Déficiência de la mobilisation passive ? <input type="checkbox"/> Athétose <input type="checkbox"/> Perte/déficiência d'un membre <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Petite taille (Hauteur: _____cm)	
L'état de santé est : <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Evolutif <input type="checkbox"/> Variable	

Année du début:	<input type="checkbox"/> congénital (naissance)												
Eléments de preuve à joindre :													
<p>Les preuves attestant le diagnostic ci-dessus DOIVENT être jointes en anglais pour TOUS les athlètes :</p> <p><input type="checkbox"/> Rapport du diagnostic médical et résultats de l'examen physique (par exemple échelle ASIA pour les athlètes avec une blessure de la moelle épinière, échelle Ashworth pour les athlètes avec paralysie cérébrale, rayons X pour les athlètes atteints de dysmélie, photos pour les athlètes avec amputation).</p> <p>WPS détient le droit de demander des preuves supplémentaires du diagnostic comme défini aux articles 7.5 et 7.6 des règles de classification et règlements de WPS , incluant mais non limités à :</p> <p style="padding-left: 40px;">rapports de diagnostic supplémentaires (par exemple, EMG, IRM, tomographie ou scanner??, rayons X)</p>													
Historique du traitement :													
Médication normale - liste posologies et raisons :													
Présence de conditions / diagnostics médicaux supplémentaires :													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Déficience visuelle</td> <td><input type="checkbox"/> Déficience fonction respiratoire</td> <td><input type="checkbox"/> Hypermobilité/instabilité jointures</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle</td> <td><input type="checkbox"/> Déficience fonctions métaboliques</td> <td><input type="checkbox"/> Déficience endurance musculaire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Déficience auditive</td> <td><input type="checkbox"/> Déficience fonctions cardiovasculaires</td> <td>(e.g. : fatigue chronique)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Troubles psychologiques</td> <td><input type="checkbox"/> Douleur</td> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	<input type="checkbox"/> Déficience fonction respiratoire	<input type="checkbox"/> Hypermobilité/instabilité jointures	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Déficience fonctions métaboliques	<input type="checkbox"/> Déficience endurance musculaire	<input type="checkbox"/> Déficience auditive	<input type="checkbox"/> Déficience fonctions cardiovasculaires	(e.g. : fatigue chronique)	<input type="checkbox"/> Troubles psychologiques	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	<input type="checkbox"/> Déficience fonction respiratoire	<input type="checkbox"/> Hypermobilité/instabilité jointures											
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Déficience fonctions métaboliques	<input type="checkbox"/> Déficience endurance musculaire											
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	<input type="checkbox"/> Déficience fonctions cardiovasculaires	(e.g. : fatigue chronique)											
<input type="checkbox"/> Troubles psychologiques	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Autre : _____											
Description :													

<input type="checkbox"/> Je confirme la véracité des informations ci-dessus	
Nom des docteurs :	
Spécialité médicale :	Numéro de registre ???:
Adresse :	
Ville :	Pays :
Téléphone :	E-mail :
Signature :	Date :