

Formulaire de diagnostic médical pour les athlètes ayant un handicap physique

Pour être éligible à la natation handisport, un athlète doit avoir un diagnostic médical précisant la nature de sa pathologie qui résulte en une incapacité permanent. Cette pathologie doit être éligible (article 7 dans le document règles et règlements de classification de la natation mondiale handisport).

L'évaluation de la déficience menée durant le processus de classification correspondra au diagnostic indiqué ci-dessous.

La fédération se réserve 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.

Informations athlète

Nom de famille :	
Prénom(s) :	
Sexe : ☐ F ☐ M	Date de naissance :
Club :	Mail :

Information médicale (à compléter par un médecin)

Diagnostic médical de l'athlète (état de santé) :	
Inclure la description de la (les) partie(s) du corps affectées et les limitations :	
Déficience(s) principale(s) résultant du diagnostic médical (Problème de santé):	
☐ Force musculaire déficiente ☐ Déficience de la mobilisation passive	☐ Ataxie ☐ Athétose ☐ Hypertonie ☐ Différence de longueur de jambe ☐ Perte/déficience d'un membre ☐ Petite taille (Hauteur : _____ cm)
L'état de santé est : ☐ Permanent ☐ Stable ☐ Évolutif ☐ Variable	

Année du début :	☐ congénital (naissance)
Éléments de preuve à joindre : Les preuves attestant le diagnostic ci-dessus DOIVENT être jointes : ☐ 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). La FFH se réserve 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 : ☐ rapports de diagnostic supplémentaires (par exemple, EMG, IRM, scanner, rayons X, ...)	
Historique du traitement :	
Médication normale – liste posologies et raisons :	
Présence de conditions / diagnostics médicaux supplémentaires : ☐ Déficience visuelle ☐ Déficience fonction respiratoire ☐ Hypermobilité / instabilité jointures ☐ Déficience intellectuelle ☐ Déficience fonctions métaboliques ☐ Déficience endurance musculaire (e.g. : fatigue chronique) ☐ Déficience auditive ☐ Déficience fonctions cardiovasculaires ☐ Autre : _____ ☐ Troubles psychologiques ☐ Douleur	
Description :	

☐ Je confirme la véracité des informations ci-dessus			
Nom des docteurs :			
Spécialité médicale :			Tampons :
Adresse :			
Ville :		Pays :	
Téléphone :		E-mail :	
Signature :		Date :	