

## Scheda sanitaria per tutti gli atleti con disabilità fisica

Per essere idoneo al Para powerlifting, un atleta deve avere una diagnosi medica di base (condizione di salute) che si traduca in una menomazione permanente e idonea (articolo 7 delle Regole e dei Regolamenti della Classificazione Mondiale Para Powerlifting). La misurazione del deficit funzionale condotta durante il processo di classificazione deve corrispondere alla diagnosi di seguito indicata.

I moduli compilati e le relative informazioni sanitarie devono essere trasmesse alla FIPE che si riserva il diritto di richiedere ulteriori informazioni, qualora necessarie.

**L'atleta non potrà sottoporsi a classifica**, fino a quando non saranno fornite le informazioni richieste.

**Si prega di compilare il modulo elettronicamente.**

### Informazioni dell'atleta

<b>Cognome:</b>	
<b>Nome:</b>	
<b>Genere:</b> <input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> Maschile	<b>Data di nascita:</b> _____ (dd/mm/yyyy)
<b>Affiliazione:</b>	

### Informazioni mediche – ( a cura di un Medico abilitato alla professione ).

<b>Diagnosi medica dell'atleta:</b> (Condizione di salute)	
<b>Includere la descrizione delle parti del corpo interessate e delle limitazioni funzionali:</b>	
<b>Danno/i Primario/i derivanti dalla Diagnosi Medica (Condizione di Salute):</b>	
<input type="checkbox"/> Riduzione Potenza muscolare <input type="checkbox"/> Riduzione articolare (pROM)	<input type="checkbox"/> Atassia <input type="checkbox"/> Atetosi <input type="checkbox"/> Ipertonia
<input type="checkbox"/> Differenza degli arti <input type="checkbox"/> Arto deficitario/perdita <input type="checkbox"/> Bassa statura (altezza: ___cm)	
<b>Condizione medica:</b>	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Progressiva <input type="checkbox"/> Fluttuante
<b>Anno di insorgenza:</b>	_____ (AAAA) <input type="checkbox"/> Congenita (nascita)

**Evidenze diagnostiche da allegare:**

Le prove a supporto della diagnosi di cui sopra **DEVONO** essere allegate per **TUTTI** gli atleti:

- Risultati del referto medico diagnostico e dell'esame obiettivo (ad esempio scala ASIA per atleti con lesioni del midollo spinale, scala Ashworth per atleti con paralisi cerebrale, radiografie per atleti con dismelia, foto per atleti con amputazione).
- La FIPE si riserva di chiedere ulteriori prove diagnostiche ( EMG, Rx, relazioni specialistiche) se ritenute necessarie

**Anamnesi:**

-----

**Terapia farmacologica: ( dosaggi e motivazioni)**

-----

**Presenza di ulteriori condizioni mediche/diagnosi:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Disabilita' visiva      | <input type="checkbox"/> alterate funzioni respiratorie    | <input type="checkbox"/> Instabilità articolare/Lassità |
| <input type="checkbox"/> Disabilità intellettiva | <input type="checkbox"/> alterate funzioni metaboliche     | <input type="checkbox"/> Ridotta resistenza muscolare   |
| <input type="checkbox"/> Disabilità acustica     | <input type="checkbox"/> alterate funzioni cardiovascolari | (es. fatica cronica)                                    |
| <input type="checkbox"/> Disabilità psichica     | <input type="checkbox"/> dolore                            | <input type="checkbox"/> Altro: _____                   |

**Descrizione:**

**Certifico che le informazioni riportate sono accurate.**

**Dott./ Prof. ( nome e cognome):**

**Specializzazione medica:**

**Iscrizione Albo n°**

**Indirizzo:**

**Ordine medici di:**

**Città:**

**Stato:**

**telefono:**

**E-mail:**

**Firma:**

**Data:**