



MODULO DI CLASSIFICAZIONE PER ATLETI CON DISABILITA' FISICHE

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO DAL MEDICO DELL'ATLETA.

MODULO E DOCUMENTAZIONE MEDICA ALLEGATA NON POSSONO ESSERE REDATTI DA PIU' DI 12 MESI AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE DELL'ATLETA.

Si prega di compilare il modulo in modo leggibile e in stampatello. Le domande incomplete saranno restituite e dovranno essere ripresentate.

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo di residenza completo	
E-mail	
Recapito telefonico	
Società di appartenenza	

TIPO DI DISABILITA'

<input type="checkbox"/> 1. Potenza muscolare compromessa	<input type="checkbox"/> 4. Differenza di lunghezza delle gambe	<input type="checkbox"/> 7. Atassia
<input type="checkbox"/> 2. Gamma passiva di movimento compromessa	<input type="checkbox"/> 5. Bassa statura (altezza: cm _____)	<input type="checkbox"/> 8. Atetosi
<input type="checkbox"/> 3. Carenza di arti	<input type="checkbox"/> 6. Ipertonia	

Le menomazioni fisiche diverse dagli otto (8) tipi di menomazioni ammissibili sopra elencate sono considerate menomazioni non ammissibili.

DIAGNOSI

Descrizione della disabilità fisica dell'atleta e la perdita di funzione che questa condizione di salute comporta:

Le condizioni di salute legate alla patologia sono:

Stabili Fluttuanti Permanenti Progressive



STORIA MEDICA

La disabilità è Acquisita Congenita

Se acquisita, anno di insorgenza: _____

Procedura(e) futura(e) prevista(e): _____

TRATTAMENTI MEDICI

--

ALLEGATI AL MODULO DI DIAGNOSI MEDICA

La condizione di salute dell'atleta, come indicato in questo modulo, e la conseguente menomazione devono spiegare completamente la perdita di funzionalità esibita dall'atleta durante la valutazione dello stesso. In caso contrario, nessuna **Classe Sportiva può essere assegnata dalla Commissione di classificazione che segue quanto stabilito nel Regolamento di Classificazione IFSC**. Pertanto, la **documentazione medica aggiuntiva e non più vecchia di 12 mesi deve essere allegata** a questo modulo se l'atleta ha:

	DOCUMENTI NECESSARI
Una menomazione o una diagnosi che non può essere accertata da segni e sintomi chiari.	Lettera del medico dell'atleta che descriva queste menomazioni in modo abbastanza dettagliato da accertare l'idoneità a gareggiare.
Una condizione di salute complessa o rara, o menomazioni multiple.	Lettera del medico dell'atleta che descriva queste menomazioni in modo abbastanza dettagliato da accertare l'idoneità a gareggiare.
Deficit di arto (amputazione o dismelia) a livello di caviglia, ginocchio, polso o articolazione del gomito.	Una radiografia o una foto recente per ogni arto colpito.
Una lesione del midollo spinale.	Recenti risultati della scala ASIA.
Una compromissione del ROM della colonna vertebrale	Radiografia recente della colonna vertebrale
Una menomazione che porta all'atassia	Lettera del medico dell'atleta che descrive l'effetto della menomazione sulla funzione dell'atleta.
Una menomazione che porta all'atetosi	Lettera del medico dell'atleta che descrive l'effetto della menomazione sulla funzione dell'atleta.
Una delle menomazioni che portano all'ipertonicità (distonia e spasticità)	Punteggi Ashworth modificati o punteggi Australian Spasticity Assessment per il/i gruppo/i muscolare/i interessato/i.

IMPORTANTE

Se non è possibile fornire la documentazione di cui sopra associata alla menomazione descritta, si prega di allegare **una relazione medica specialistica che dichiari che non inappropriato completare questa valutazione**. La relazione specialistica deve contenere informazioni che sostituiscano adeguatamente la valutazione richiesta.

I rapporti su ulteriori test effettuati da medici, fisioterapisti e altri professionisti della salute sono benvenuti, se pertinenti, per integrare le informazioni diagnostiche mediche.



La commissione di classificazione può chiedere ulteriori informazioni da presentare a seconda delle condizioni di salute e della menomazione del singolo atleta.

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

- Certifico che le informazioni di cui sopra sono adeguate dal punto di vista medico.
- Certifico che non ci sono controindicazioni per questo individuo a competere a livello agonistico nello sport menzionato.

Nome:

Specialità medica:

Iscritto all'ordine dei medici di :

Indirizzo:

E- mail

Tessera n:

Città:

Recapito telefonico

Data

FIRMA E TIMBRO



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi dell' ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR)

Il sottoscritto, titolare della cartella clinica, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UR 2016/679 - GDPR, concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali,

CONSENTE

Alla FASI nelle persone del proprio personale sanitario ed addetto alla classificazione paraclimbing, la raccolta ed il trattamento dei dati personali per l'assegnazione della classe sportiva.

Il sottoscritto DICHIARA INOLTRE DI ESSERE INFORMATO CHE TUTTI I DATI RIGUARDANTI POSSONO ESSERE TRASMESSI D'UFFICIO AD ALTRE FIGURE SANITARIE CHE POSSONO ESSERE COINVOLTE NEL RAGGIUNGIMENTO DELLO SCOPO **CON LA TUTELA DOVUTA ALLA RISERVATEZZA PREVISTA DALLA TRASMISSIONE DI SEGRETO PROFESSIONALE TRA LE FIGURE SUINDICATE, ART. 622 C.P.)**.

PER ALTRE FIGURE NON COMPRESSE IN QUELLE ESPRESSAMENTE SOPRACITATE LA TRASMISSIONE/RITIRO DI TUTTI O PARTE DEI DATI POTRA' AVVENIRE SOLTANTO CON SPECIFICA DELEGA DEL SOTTOSCRITTO.

DATA

FIRMA

Si richiede di allegare alla presente documentazione copia di un documento d'identità in corso di validità.