



MODULO DI CLASSIFICAZIONE PER ATLETI CON DISABILITA' FISICHE

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO DAL MEDICO DI FIDUCIA DELL'ATLETA.
SIA IL MODULO CHE LA DOCUMENTAZIONE MEDICA ALLEGATA NON POSSONO ESSERE REDATTI DA PIU' DI 12 MESI AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.

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

INFORMAZIONI ATLETA

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

INFORMAZIONI MEDICHE

Diagnosi medica primaria:				
La menomazione è:	<input type="checkbox"/> Congenita	<input type="checkbox"/> Acquisita, anno _____		
La menomazione è:	<input type="checkbox"/> Stabile	<input type="checkbox"/> Progressiva	<input type="checkbox"/> Fluttuante	<input type="checkbox"/> Permanente
Farmaci e terapie mediche utilizzate:				
Indicare quale delle seguenti menomazioni ammissibili presenta l'atleta:				
<input type="checkbox"/> Forza muscolare compromessa	<input type="checkbox"/> Differenza di lunghezza delle gambe	<input type="checkbox"/> Atassia		
<input type="checkbox"/> Range di movimento passivo compromesso	<input type="checkbox"/> Bassa statura (altezza: cm _____)	<input type="checkbox"/> Atetosi		
<input type="checkbox"/> Carenza di arti	<input type="checkbox"/> Ipertonia			
COMMENTI AGGIUNTIVI (Descrizione della menomazione fisica e della perdita di funzione ad essa associata)				

N.B. Le menomazioni fisiche diverse da quelle sopra elencate sono considerate criteri non eleggibili e quindi non ammissibili per assegnazione di classe sportiva.

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.**

Documentazione medica aggiuntiva (non più vecchia di 12 mesi) da allegare

	DOCUMENTI / TEST RICHIESTI
Forza muscolare compromessa	<ul style="list-style-type: none"> • Report medico dettagliato che descriva la condizione clinica responsabile della debolezza muscolare (ad esempio: lesione del midollo spinale, danno nervoso periferico). • Esami strumentali pertinenti (RX, TC, RMN, ecografia), utili a documentare e spiegare l'origine della perdita di forza muscolare. • Referto di elettromiografia (EMG) e/o studio di conduzione nervosa, qualora la debolezza sia correlata a una lesione nervosa. • Valutazione della forza muscolare effettuata secondo scala MRC (Medical Research Council) oppure, in caso di lesione del midollo spinale, secondo scala ASIA.
Range articolare di movimento compromesso	<ul style="list-style-type: none"> • Report medico dettagliato che descriva la condizione clinica responsabile del deficit di escursione articolare. • Esami strumentali pertinenti (RX, TC, RMN, ecografia), utili a documentare e spiegare l'origine della perdita di forza muscolare • Misurazione ROM da un fisioterapista o medico specialista
Deficit di arto (amputazione o dismelia)	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografia recente o documentazione fotografica dell'arto interessato. • Descrizione medica dettagliata dell'amputazione o della dismelia, con indicazione chiara del livello di amputazione/dismelia.
Deficit lunghezza arto	<ul style="list-style-type: none"> • Descrizione medica dettagliata dell'eterometria arti inferiori. • Recente RX che conferma l'eterometria.
Statura bassa	<ul style="list-style-type: none"> • Documentazione comprovante altezza (report medico, grafico della crescita) • RX o altro imaging se richiesto per confermare displasie dello scheletro o altre condizione ossee.
Ipertono e/o spasticità	<ul style="list-style-type: none"> • Ashworth modificata (MAS) o Scala Australiana di valutazione della spasticità (ASAS) • Report medico dettagliato che descriva la condizione neurologica (ictus, PC, TBI)



Discinesia	<ul style="list-style-type: none"> • Report medico dettagliato che descriva la presenza di movimenti involontari/non controllati e la condizione neurologica sottostante che ne è responsabile. • Imaging RM o TC che documenti eventuali alterazioni cerebrali alla base della discinesia, se disponibile.
Atassia	<ul style="list-style-type: none"> • Referto neurologico che descriva la perdita di coordinazione e la causa clinica sottostante (ad esempio: sclerosi multipla, trauma cranico – TBI, atrofia cerebellare). • Relazione medica che illustri in modo dettagliato l'impatto funzionale dell'atassia sulle attività motorie e sulla prestazione.

IMPORTANTE

Qualora non fosse possibile fornire la documentazione sopra menzionata relativa al disturbo descritto, si prega di allegare una lettera di un medico contenente informazioni sufficienti a sostituire la valutazione richiesta.

Non è necessario inviare tutti i tipi di documenti elencati per il disturbo in questione, poiché alcuni potrebbero essere ridondanti o non pertinenti alla diagnosi specifica; tuttavia, i documenti presentati devono descrivere la diagnosi e il disturbo con sufficiente dettaglio medico.

Sono graditi anche eventuali referti di test aggiuntivi effettuati da medici, fisioterapisti o altri professionisti della salute, se pertinenti, al fine di integrare le informazioni diagnostiche mediche.

La commissione di classificazione ha la facoltà di 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 e che è in possesso dell'idoneità sport specifico alla sport del para- climbing (che deve essere allegato)

Nome e Cognome: _____

Specialità medica: _____

Iscritto all'Ordine dei Medici di: _____ Tessera n°: _____

Città: _____ Indirizzo: _____

E-mail _____ 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.