

FORMULÁRIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (MDF)

Este formulário deve ser preenchido por um médico registado (Cédula Profissional da OM) com aptidões para avaliar o estado de saúde do atleta (Artigo ____ das Regras do Manual de Classificação).

O formulário, preenchido com a documentação médica anexa, deve ser enviado para a Comissão de Avaliação de Elegibilidade, e uma cópia impressa deve ser apresentada ao Classificador Chefe antes de iniciar a Avaliação de Atletas. A Avaliação do Atleta não será iniciada se o MDF não estiver disponível para o Painel de Classificação.

Dependendo da condição de saúde e deficiência do atleta, informações médicas adicionais devem ser anexadas a este formulário.

A pessoa nomeada abaixo é obrigada a submeter-se à Comissão de Classificação (CC) da PCAND/FPDD para competir em TRICICLETA a nível nacional. Durante o processo de classificação, o Classificador designado (fisioterapeuta ou médico e um técnico) avaliará a sua Deficiência Física relevante para os requisitos para praticar Tricicleta. Cada Atleta deve ter uma Deficiência Elegível que conduza a uma limitação permanente e verificável da atividade, objetivamente visível no processo de classificação.

A documentação médica relevante e adequada é essencial para o processo de Classificação de Atletas para Competição Nacional de Tricicleta. É necessária a confirmação do diagnóstico médico e um resumo dos resultados das investigações médicas relevantes para apoiar o diagnóstico e a(s) deficiência(s) resultante(s). Em alguns casos, uma cópia de um relatório ou evidência diagnóstica adicional de um especialista médico, por exemplo, neurologista, poderá ser necessária.

As informações divulgadas neste formulário serão armazenadas confidencialmente pelo PCAND/FPDD de acordo com as Regras de Classificação PCAND.

Nota: A avaliação do comprometimento observada durante a classificação do atleta deve corresponder ao diagnóstico indicado abaixo (tabela de Informações Médicas). Se a documentação médica estiver incompleta, a PCAND/FPDD através da CC, reserva-se o direito de solicitar mais informações. Na ausência de tal informação, o atleta não poderá prosseguir com a Avaliação do Atleta.

Por favor, preencha eletronicamente ou imprima claramente (use letra maiúscula).

Informação do Atleta (a pré-preencher pelo Membro da PCAND/FPDD)

Nome Família:		Nome/s:	
Género:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data Nascimento: (dd/mm/aaaa)	Idade: ____ anos
Equipa:		Classe proposta:	
Estatuto de entrada:	<input type="checkbox"/> Novo (N) <input type="checkbox"/> Em Revisão (R) <input type="checkbox"/> RFD _____ <input type="checkbox"/> Confirmado (C)		

INFORMAÇÃO MÉDICA	INCAPACIADDE ELEGÍVEL (TICK)	
Nota: A lista de diagnósticos médicos mostra exemplos e não é exaustiva	Nome diagnóstico médico relevante para o tipo de deficiência (Tick ou add)	Documentos comprovativos de diagnóstico (Impresso ou Digital)
<input type="checkbox"/> Espasticidade/hipertonia <input type="checkbox"/> Perda de ROM <input type="checkbox"/> Perder Potência muscular <input type="checkbox"/> Síndrome Neurológica <input type="checkbox"/> Ataxia <input type="checkbox"/> Atetose <input type="checkbox"/> Tumor cerebral <input type="checkbox"/> Espinha Bífida	<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral <input type="checkbox"/> Traumatismo crânio-encefálico <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular <input type="checkbox"/> Dismelia <input type="checkbox"/> Astrogripose <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Relatório Médico <input type="checkbox"/> Rx Ossos <input type="checkbox"/> Rx Coluna Vertebral <input type="checkbox"/> RMN ou TC Cerebral <input type="checkbox"/> RMN ou TC da coluna <input type="checkbox"/> Outro _____
História Médica do atleta é:	<input type="checkbox"/> Congénita <input type="checkbox"/> Adquirida em: _____ <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Progressiva <input type="checkbox"/> Flutuante <input type="checkbox"/> Permanente	

DETALHES MÉDICOS

Esta secção DEVE ser preenchida apenas por um Médico.

Anexar uma folha ou um relatório separado se o espaço for insuficiente

Nome do requerente: _____		
Diagnóstico Médico (Condição(ões) de Saúde): 		
Relatório de Diagnóstico Médico e Resultados do Exame Físico (e.g., ASAS, TESTES MUSCULARES Daniels & Worthingan Escala (2002)); Escala ASIA para lesão medular; Relatório Rx; RMN; TC; biópsia muscular; Trajeto nervoso) Anexar se possível. 		
Deficiência(s) primária(s) decorrente do Diagnóstico Médico (Condição de Saúde):		
<input type="checkbox"/> Défice da Força Muscular	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Dystonia
<input type="checkbox"/> Défice da ROM	<input type="checkbox"/> Atetose	<input type="checkbox"/> Deficiência ou perda de membro
<input type="checkbox"/> Hipertonia/ Espasticidade	<input type="checkbox"/> Outra: _____	
Outras informações relativas a informações médicas, cirurgias ou farmacêuticas (com data) relevantes para a sua deficiência: 		
Presença de condições de saúde adicionais ou diagnósticos:		
<input type="checkbox"/> Deficiência Visual	<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva	<input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> Deficiência intelectual	<input type="checkbox"/> Diagnósticos psicológicos	
<input type="checkbox"/> Hiper mobilidade/instabilidade articular	<input type="checkbox"/> Outra: _____	
Tratamentos Anteriores: _____		
Tratamentos atuais: _____		
Tratamentos futuros previstos: _____		
Detalhes adicionais sobre o diagnóstico médico (se necessário): _____		
Medicamentos e motivo da prescrição: _____		
<input type="checkbox"/> Confirmo que as informações acima são precisas. Correio eletrónico: _____		
Nome do médico: _____		Equipa: _____
Especialidade Médica: _____		Telefone: _____
Data: (dd/mm/aaaa)	Vinheta	Número da OM: _____
Assinatura:		Morada: