

FORMULÁRIO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO PARA ATLETAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

O formulário deve ser preenchido pelo médico individual do atleta e enviado em avanço para a FTP para verificação preliminar e validação.

Aplicando-se a todos os atletas com deficiência física que pretendam competir no Paratriatlo. Dependendo também se o atleta tem uma condição de saúde subjacente permanente que o leva um tipo de deficiência elegível.

Informações médicas adicionais devem ser anexadas a este formulário.

Informações sobre o Atleta

Nome: _____

Género: _____

Modalidade: _____

Anos/meses de competição a nível nacional: _____

Informação Médica

Descrição da condição de saúde PERMANENTE subjacente ao Atleta e ao diagnóstico médico e descrição da perda de função produzida por esta condição de saúde:

Histórico Médico

Condição de Saúde é: Adquirida Congenital

Se foi Adquirida, em que idade? _____

Procedimentos futuros antecipados:

Condição de Saúde é: Progressiva

Estável

Medicação

Anexos

A condição de saúde subjacente ao atleta, conforme indicado neste formulário, e a deficiência resultante deve explicar a perda de função exibida pelo atleta durante a sua avaliação.

Caso contrário, a classificação não pode ser completada e nenhuma classe desportiva poderá ser atribuída pelo painel de classificação, como estipulado na regras de classificação da ITU.

Toda a documentação médica adicional, recente e relevante deve ser anexada a este formulário, nomeadamente:

- Se o atleta tiver uma deficiência ou diagnóstico que não pode ser determinado por sinais e sintomas claros;
- Um estado de saúde complexo ou raro, ou deficiências múltiplas;
- Relatório médico que ateste que o QI do atleta é 75 ou inferior;
- Relatório médico (psicólogo) que ateste a limitação no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo em funções conceptuais, sociais e práticas, originária antes dos 18 anos.

Confirmo a veracidade da informação acima mencionada

Confirmo que o atleta apresenta um ou mais tipos de deficiências elegíveis pelo IPC
Deficiência intelectual _____

Nome: _____

Especialidade de Cuidados de Saúde: _____

Registo de Autoridade e Número: _____

Morada: _____

Cidade: _____

Telemóvel: _____

Data: _____