

--

La condition de santé est : Progressive Stable

Historique médical

La condition de santé est : congénitale <input type="checkbox"/> non congénitale <input type="checkbox"/>
Si non congénitale, âge d'acquisition :
Procédure future prévue :

Traitements médicaux

--

Les conditions de santé de l'athlète mentionnées sur ce formulaire doivent être le résultat d'un handicap expliquant pleinement la perte de fonctionnalité pour lequel l'athlète sera évalué lors de futures classifications. Les pertes de fonctionnalité devront correspondre à une classe sportive considérée et stipulée dans les règles de classification de la discipline concernée.

Tous les handicaps mentionnés ci-dessous ne sont pas considérés comme des handicaps éligibles dans tous les sports. Pour cette raison, il pourra (devra) être rattaché à ce formulaire les compléments de documents médicaux récents en possession de l'athlète, notamment :

- Concernant les pathologies ou diagnostics ne pouvant être constatés par des signes et symptômes clairs,
- Concernant des conditions de santé complexes et avec handicaps multiples,
- Concernant des déficiences de membres (amputation ou dissymétrie) au niveau des articulations (des radiographies des zones concernées peuvent être ajoutées au dossier),
- Concernant les lésions de la moelle épinière, tous documents récents de mesures seront à rajouter,
- Concernant les déficiences liées à l'ataxie, l'hypertonie, l'athétose.

Les bilans et examens additionnels effectués par les médecins, kinésithérapeutes et autres professionnels de santé sont les bienvenus afin de compléter les diagnostics initiaux.

La commission de classification pourra être amenée à demander plus d'informations liées aux conditions de santé et déficience de l'athlète concerné.

Athlètes, comités paralympiques nationaux et fédérations nationales sportives sont encouragés à prendre en considération les déficiences admissibles définies dans les règles de classification de l'IPC pour chacun des sports.

Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes :
Nom :
Profession de santé :
Numéro d'inscription Conseil National de l'Ordre des Médecins :
Adresse :
Téléphone :
Mail :
Date :
Signature et cachet :