

Modulo Diagnostico Medico per Atleti con Disabilità Fisica

Informazioni Atleta:

Cognome:	
Nome:	
Genere:	<input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Maschio
Data di nascita:	
Federazione Nazionale (FN/NPC):	
ID UCI:	
Classe sportiva:	
Stato classe sportiva:	

Diagnosi Medica dell'Atleta:

Invalidità primaria derivante dalla Diagnosi Medica:

<input type="checkbox"/> Deficit di forza (es. mielolesioni)	<input type="checkbox"/> Riduzione movimento passivo ROM
<input type="checkbox"/> Atassia	<input type="checkbox"/> Atetosi
<input type="checkbox"/> Ipertonia	<input type="checkbox"/> Differenza lunghezza gambe
<input type="checkbox"/> Deficit/perdita arto (dismelia/amputazione)	

Condizione medica:	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Progressiva <input type="checkbox"/> Fluttuante
Anno di insorgenza:	
Congenita:	<input type="checkbox"/> Alla nascita

Documentazione Diagnostica da Allegare

Invalidità	Diagnosi	Documenti richiesti
Deficit di forza	Mielolessione, distrofia, spina bifida, poliomelite.	Test di forza, referto medico con scala ASIA; RM, Rx biopsie
Riduzione ROM	Artrogiposi, anchilosì, limitazioni funzionali	Referto medico, misurazione angoli e gradi di libertà articolari, RM, Rx
Atassia, atetosi e ipertonia	Atassia, atetosi e ipertonia, SM sclerosi multipla, PCI paralisi cerebrale	Esame neurologico, scala ASAS, Babinski,
Differenza lunghezza arti	Trauma, Dismelia	Referto medico, Rx, foto
Deficit di arti	Amputazioni, dismilia, tumore osseo	Referto medico, Rx, foto

Professionista sanitario:	
Specializzazione:	
Numero iscrizione Albo:	
Indirizzo:	
Città:	Prov:
Telefono:	E-mail:
Firma:	Data:

Nome e firma dell'atleta:	
---------------------------	--