

## Медицинская диагностическая форма для спортсменов с ПОДА

Форма заполняется печатными буквами врачом спортсмена, заверяется его личной печатью, печатью главного врача и печатью медицинского учреждения. Скан заполненной формы должен быть отправлен не позднее, чем за 2 недели до начала классификации на e-mail [classification@armwrestling-rus.ru](mailto:classification@armwrestling-rus.ru).



### Информация о спортсмене

ФИО:			
Дата рождения:		Пол:	<input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Жен
Паспортные данные:	Серия	Номер	
Кем и когда выдан:			
Индекс:		Адрес:	
Телефон:		E-mail:	

### Медицинская информация

#### Описание медицинского диагноза:

--

#### Медицинская история:

Заболевание:	<input type="checkbox"/> врожденное	<input type="checkbox"/> приобретенное, год начала _____
Срок инвалидности:	<input type="checkbox"/> с рождения	<input type="checkbox"/> начиная с даты (год) _____
Текущее состояние здоровья:	<input type="checkbox"/> прогрессирующее	<input type="checkbox"/> стабильное

#### Тип рекомендованного восстановления:

<input type="checkbox"/> коляска	<input type="checkbox"/> костыли	<input type="checkbox"/> другое(указать) _____
----------------------------------	----------------------------------	--

Согласие спортсмена на классификацию: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>ЗАПОЛНЯЕТ КЛАССИФИКАТОР!</b>	<b>Состояние мобильности:</b>
	<input type="checkbox"/> Спортсмен в состоянии стоять самостоятельно
	<input type="checkbox"/> Спортсмен не в состоянии стоять самостоятельно
	<b>Установлен функциональный класс:</b>
	<input type="checkbox"/> PID-sitting <input type="checkbox"/> PIU-standing <input type="checkbox"/> PIUH-standing <input type="checkbox"/> PIDH-sitting <input type="checkbox"/> NE
	<b>Присвоен статус:</b> <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Review <input type="checkbox"/> Confirmed
<b>Комментарии:</b>	

Классификаторы: \_\_\_\_\_

Дата классификации: \_\_\_\_\_ Технический секретарь: \_\_\_\_\_

## Приложение к Медицинской диагностической форме для спортсменов с ПОДА

Состояние здоровья спортсмена, указанное в этой форме, и полученное в результате этого нарушение, должно полностью объяснять потерю функции, проявляемой спортсменом во время его оценки. В противном случае класс не может быть назначен классификационной комиссией, как это предусмотрено в Классификационном Коде WAF.



Поэтому к этой форме должна прилагаться дополнительная соответствующая медицинская документация сроком выдачи не более года до начала классификации спортсмена, заверенная печатями врачей и медицинских учреждений, выдавших документацию. Документация должна включать, но не ограничиваться, медицинские отчеты, записи и диагностическую информацию, которые относятся к заболеванию спортсмена.

Заключения и доп.осмотры терапевта, физиотерапевта и других специалистов приветствуются. Классификационная комиссия может запросить предоставить дополнительную информацию. Это зависит от состояния здоровья конкретного спортсмена.

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является точной.

ФИО врача: \_\_\_\_\_

Специальность врача: \_\_\_\_\_

Адрес медучреждения: \_\_\_\_\_

Индекс: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись и личная печать врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись главного врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Место печати медицинского учреждения