

## 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:	Иванов Иван Иванович		
Дата рождения:	01.01.2000	Пол:	<input checked="" type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Жен
Паспортные данные:	Серия 1234	Номер	567890
Кем и когда выдан: ФМС Московской области 15.01.2014			
Индекс:	123456	Адрес:	Московская область, Абведейск, Спортивная, 10-35
Телефон:	+7(999)123-45-67	E-mail:	name@domen.ru

### Медицинская информация

#### Описание медицинского диагноза:

ДЦП, нижний спастический парализ, контрактура голеностопных суставов
--

#### Медицинская история:

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

#### Тип рекомендованного восстановления:

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

Согласие спортсмена на классификацию:   подпись   /   Иванов  

<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: *Петрова Вера Ивановна*

Специальность врача: *невролог*

Адрес медучреждения:

Индекс: *123456* Адрес: *Московская область, Абзгедейск, Больничная, 25*

Телефон: *+7(999)987-65-43* E-mail: *vrach@mail.ru*

Дата: *20.01.2018* Подпись и личная печать врача: *подпись / Петрова*

Подпись главного врача: *подпись / Сидоров А.В. /*

Место печати медицинского учреждения