

## 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:	12.09.1989	Пол:	<input checked="" type="radio"/> Муж <input type="radio"/> Жен
Паспортные данные:	Серия 1234	Номер	567890
Кем и когда выдан: 10.10.2014 ФМС Московской области			
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="radio"/> врожденное	<input type="radio"/> приобретенное, год начала _____
Срок инвалидности:	<input checked="" type="radio"/> с рождения	<input type="radio"/> начиная с даты (год) _____
Текущее состояние здоровья:	<input type="radio"/> прогрессирующее	<input checked="" type="radio"/> стабильное

#### Тип рекомендованного восстановления:

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

Согласие спортсмена на классификацию: Иванов / 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, Абвгедейск, 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