

ANEXO 4
CERTIFICADO DE DIAGNÓSTICO DO ATLETA
CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DO PARABADMINTON
MÉDICO DO ATLETA DEVE RESPONDER

NOME DO ATLETA		ESTADO	
DATA DE NASCIMENTO		CLUBE	
FEDERAÇÃO		SEXO	
Nº DE FILIAÇÃO		DATA	

Diagnóstico o CID OBRIGATÓRIO

Necessário descrever detalhadamente o grau/nível de comprometimento, bem como o lado/membro afetado

Cópias de exames devem ser anexadas

AMPUTAÇÃO	
POLIOMIELITE	
LESÃO MEDULAR	
OUTROS	

TEMPORARIO	SIM () NÃO ()
PERMANENTE	SIM () NÃO ()
PROGRESSIVO	SIM () NÃO ()
ESTAVEL	SIM () NÃO ()
ALERGIA	SIM () NÃO ()

CADEIRA DE RODAS	PARCIAL () TOTAL ()
ORTESE/PROTESE	PARCIAL () TOTAL ()
MULETA	PARCIAL () TOTAL ()
OUTROS	PARCIAL () TOTAL ()
ALERGIA	PARCIAL () TOTAL ()

OPERAÇÕES NO PASSADO (Para ser preenchido pelo médico)

Listar as operações sofridas no passado.

MEDICAMENTOS ATUAIS (Para ser preenchido pelo médico / atleta / treinador)

Existem outros fatores que podem afetar a aptidão dos atletas para a competição? Por exemplo: epilepsia, diabetes, doenças cardíacas, câncer, alergias graves, pressão arterial elevada.

Certifico que tenho conhecido este paciente por anos e certifico que o paciente acima mencionado tem o diagnóstico declarado

(Nome do médico, CRM, assinatura e carimbo)

DECLARAÇÃO DO ATLETA (para ser preenchido e assinado pelo atleta)

EU (Nome do atleta) _____ declaro que este é um registro verdadeiro e preciso:

_____ Data: _____

ASSINATURA DO ATLETA