

Národní úroveň Parapowerliftingu

Lékařský diagnostický formulář pro všechny sportovce s tělesným postižením

Aby byl sportovec způsobilý pro Parapowerlifting, musí mít základní lékařskou diagnózu (zdravotní stav), která vede k trvalému a způsobilému postižení (článek 7 v Pravidlech a předpisech World Para Powerlifting). Měření postižení prováděné během klasifikačního procesu musí odpovídat níže uvedené diagnóze.

Informace o sportovci

Příjmení:	
Jméno:	
Pohlaví: ☐ žena ☐ muž	Datum narození (dd/mm/yyyy)
NPC:	SDMS ID:

Lékařské informace (vyplní odborný lékař)

Diagnóza sportovce (Zdravotní stav):										
Popis postižené části těla a omezení:										
Primární postižení vyplývající z lékařské diagnózy (zdravotního stavu): <table><tr><td>☐ Zhoršená svalová síla</td><td>☐ Ataxie</td><td>☐ Rozdíl v délce nohou</td></tr><tr><td>☐ Zhoršený pasivní rozsah pohybu</td><td>☐ Athetosa</td><td>☐ Zráta /absence dolní končetiny</td></tr><tr><td></td><td>☐ Hypertonie</td><td>☐ Nízký vzrůst (výška:_____cm)</td></tr></table>		☐ Zhoršená svalová síla	☐ Ataxie	☐ Rozdíl v délce nohou	☐ Zhoršený pasivní rozsah pohybu	☐ Athetosa	☐ Zráta /absence dolní končetiny		☐ Hypertonie	☐ Nízký vzrůst (výška:_____cm)
☐ Zhoršená svalová síla	☐ Ataxie	☐ Rozdíl v délce nohou								
☐ Zhoršený pasivní rozsah pohybu	☐ Athetosa	☐ Zráta /absence dolní končetiny								
	☐ Hypertonie	☐ Nízký vzrůst (výška:_____cm)								
Zdravotní stav je :	☐ Trvalý ☐ Stabilní ☐ Progresivní ☐ Kolísavý									
Rok vzniku: (yyyy)	☐ Congenitální (vrozený od narození)									

Diagnostické důkazy nutné k přiložení:

☐ Zpráva o lékařské diagnóze a výsledky lékařského vyšetření (např. stupnice ASIA pro sportovce s poraněním míchy, Ashworthova stupnice pro sportovce s mozkovou obrnou, rentgenové snímky pro sportovce s dysmelií, fotografie pro sportovce s amputací.)

☐ Zpráva(y) z dalších diagnostických testů (např. EMG, MRI, CT, RTG)

Průběh léčby(historie léčby):**Pravidelná medikace– uveďte dávkování a důvod:****Přítomnost dalších zdravotních stavů/diagnóz**

☐ Zhoršení zraku

☐ Mentální postižení

☐ Sluchové postižení

☐ Psychologické diagnózy

☐ Zhoršená respirační funkce

☐ Zhoršené metabolické funkce

☐ Zhoršené kardiovaskulární funkce

☐ Bolest

☐ Hypermobilita/nestabilita kloubů

☐ Snížená svalová vytrvalost (chronická únava

☐ Jiné: _____

Popište:

☐ **Potvrzuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé**

Jméno lékaře:

Odbornost:

Registrační číslo

Adresa:

Město:

Země:

Telefon:

E-mail:

Podpis:

Datum: