

## MODULO DI DIAGNOSI PER IDONEITA' a svolgere la BOCCIA PARALIMPICA

Per avere diritto a partecipare all'attività paralimpica un atleta deve avere una diagnosi medica di base (Condizione di salute) che si traduce in un danno/menomazione/compromissione/alterazione (impairment) permanente ed idonea secondo il Codice Etico Internazionale Paralimpico delle Classificazioni. Questo impairment dovrà avere un diretto impatto nello sport della **BOCCIA**. La quantificazione dell'impairment verrà effettuata durante il processo di classificazione ma la diagnosi indicata di seguito, che dovrà corrispondere alla realtà e dovrà essere adeguatamente documentata, non rientra nella visita di classificazione (in altre parole la valutazione funzionale tipica del processo delle classificazioni non è una visita medica). L'atleta non potrà essere sottoposto ad una classificazione fino a quando non saranno disponibili le informazioni richieste che saranno previamente valutate.

### DATI ANAGRAFICI

Nome:	Cognome:
Sesso: <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	Data di nascita:
Società di appartenenza:	N°Cartellino:
<b>Classificazione Internazionale:</b>	Data e sede:
<b>Eventuale Classificazione provvisoria ricevuta con altre modalità:</b>	

### INFORMAZIONI MEDICHE

(a cura del Medico Curante, di un Fisiatra, di un Medico dello Sport o del Medico Sociale)

Diagnosi medica dell'Atleta (Condizione di salute):	
Specificare la parte del corpo interessata (indicando eventualmente il lato) e le eventuali limitazioni:	

### IMPAIRMENT derivante dalla DIAGNOSI MEDICA (Condizioni Di Salute) che determina la IDONEITA':

<input type="checkbox"/> <b>Forza muscolare danneggiata (ridotta o assente)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Perdita (amputazione) o Deficit degli arti (amelia-dismelia)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Ipertonia (spasticità)</b> <input type="checkbox"/> <b>Atetosi</b> <input type="checkbox"/> <b>Atassia</b>
<input type="checkbox"/> <b>Ridotto ambito di movimento passivo (a livello articolare)</b>
La condizione medica è: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Degenerativa <input type="checkbox"/> Instabile
Anno Di Esordio: <input type="checkbox"/> Patologia Congenita

**Evidenza diagnostica da allegare:**

Le prove per supportare la diagnosi di cui sopra DEVONO essere allegate per TUTTI gli atleti. Come risultati della documentazione diagnostica clinica (dell'esame fisico) e/o strumentale si intendono ad esempio Scala ASIA per atleti con lesione midollo spinale, scala di Ashworth modificata per atleti con paralisi cerebrale, raggi X per atleti con dismelia, foto per atleti con amputazione).

La Federazione Bocce si riserva il diritto di richiedere ulteriori prove diagnostiche come da articoli del Regolamento di Classificazione internazionale (che stiamo mettendo a punto), inclusi ma non limitati a: ("Reports") da test diagnostici aggiuntivi (ad esempio, EMG, RM, TC, raggi X)

**Eventuali Operazioni effettuate:**

---



---

**Terapia farmacologica in atto e tipo di somministrazione:**

---



---

**Presenza Di Ulteriori Condizioni Mediche / Diagnosi (queste condizioni non determinano la "idoneità" allo sport paralimpico:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Compromissione della vista            | <input type="checkbox"/> Funzione respiratoria compromessa            |
| <input type="checkbox"/> Ipermobilità articolare / instabilità | <input type="checkbox"/> Resistenza alla fatica muscolare compromessa |
| <input type="checkbox"/> Compromissione intellettuale          | <input type="checkbox"/> Funzioni metaboliche compromesse             |
| <input type="checkbox"/> Compromissione della funzione uditiva | <input type="checkbox"/> Funzioni cardiovascolari compromesse         |
| <input type="checkbox"/> Diagnosi psicologiche o psichiatriche | <input type="checkbox"/> Dolore                                       |

Descrizione:

---



---

**Confermo che le informazioni di cui sopra sono accurate**

Nome del medico: \_\_\_\_\_

Specializzazione: \_\_\_\_\_

Numero Iscrizione Ordine dei Medici: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_

Paese: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_