

Medisinsk diagnoseskjema for utøvere med fysisk funksjonshemming

Dette formularet skal fylles ut av utøverens personlige lege eller fysioterapeut og sendes Norges Skiforbund via en lenke du får tilsendt på e-post. Dette ivaretar GDPR og ingen annen enn klassifisørene og ansvarlig for klassifiseringen i skiforbundet vil ha tilgang til papirene.

Avhengig av utøverens helsestatus og funksjonsbegrensning skal medisinsk tilleggsinformasjon legges ved dette skjemaet.

Utøver informasjon

Etternavn: _____

Fornavn: _____

Klubb/Fylke: _____

Kjønn: Kvinne Mann Fødselsdato:/...../.....

Idrett: Alpint Langrenn

Hvor lenge har utøveren konkurrert på nasjonalt nivå? År.....Måneder....

Medisinsk informasjon

NB! Listen under viser *eksempler* på medisinske diagnoser og er ikke endelig.

<u>Godkjent funksjonshemming</u> (kryss av)	Medisinsk diagnose relevant for type funksjonshemming (kryss av eller legg til)	Vedlagte dokumenter for å støtte diagnosen (kryss av eller legg til)
<input type="checkbox"/> Endring i muskelkraft	<input type="checkbox"/> Ryggmargsskade <input type="checkbox"/> Muskel dystrofi <input type="checkbox"/> Spina Bifida <input type="checkbox"/> Polio Myelitis <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <input type="checkbox"/> Annet _____	<input type="checkbox"/> Medisinsk rapport <input type="checkbox"/> Muskelkraft-testing 1-5 (Oxford skala) <input type="checkbox"/> ASIA klassifisering <input type="checkbox"/> Elektromyografi <input type="checkbox"/> MRI/CT <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> Biopsi <input type="checkbox"/> Annet _____
<input type="checkbox"/> Leddbevegelighet	<input type="checkbox"/> Arthrogyposis <input type="checkbox"/> Leddkontrakturer <input type="checkbox"/> Traumer <input type="checkbox"/> Annet _____	<input type="checkbox"/> Medisinsk rapport <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> Foto/film <input type="checkbox"/> Annet _____

<input type="checkbox"/> Ataxi <input type="checkbox"/> Athetosis <input type="checkbox"/> Hypertoni	<input type="checkbox"/> Cerebral Parese <input type="checkbox"/> Traumatisk hjerneskade <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <input type="checkbox"/> Slag <input type="checkbox"/> Annet _____	<input type="checkbox"/> Medisinsk rapport <input type="checkbox"/> Modifisert Ashworth Scale <input type="checkbox"/> Cerebral MRI/CT <input type="checkbox"/> Annet _____
<input type="checkbox"/> Benlengdeforskjell	<input type="checkbox"/> Traume <input type="checkbox"/> Dymeli <input type="checkbox"/> Annet _____	<input type="checkbox"/> Medisinsk rapport <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> Foto/film <input type="checkbox"/> Annet _____
<input type="checkbox"/> Deformitet i ekstremiteter	<input type="checkbox"/> Dymeli <input type="checkbox"/> Traumatisk amputasjon <input type="checkbox"/> Benkreft <input type="checkbox"/> Annet; _____	<input type="checkbox"/> Medisinsk rapport <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> Foto/film <input type="checkbox"/> Annet _____

Sykehistorie:

Utøverens tilstand er:	Stabil	Progredierende	Varierende	Permanent
Alder når diagnostisert	(årstall)		Medfødt	
Aktuelle behandlinger				
Forventet forløp				

Medisinsk tilleggsinformasjon:

Beskrivelse av utøverens medisinske diagnose og den funksjonelle begrensningen denne diagnosen har resultert i forhold til den aktuelle idrett.

1. Beskrivelse av utøvers medisinske diagnose:

2. Beskrivelse av utøvers gangfunksjon/sittefunksjon og bruk av aktuelle hjelpemidler:

3. Beskrivelse av utøvers funksjon knyttet opp mot aktivitetskrav i den aktuelle idrett:

Medisinbruk:

Vedlegg:

Legg gjerne ved rapporter på tilleggs testing utført av lege, fysioterapeut eller annet helsepersonell som kan utdype den medisinske informasjonen.
Skiforbundets klassifiseringsteam kan ved behov be om tilleggsinformasjon avhengig av utøverens helsetilstand og funksjonsnedsettelse.

Utøveren og den som fyller ut dette skjemaet er anbefalt å sette seg inn i FIS`s klassifiseringsregelverk og «Eligible impairments»
<https://www.fis-ski.com/en/para-snowsports/para-nordic/about-para-classification>

Jeg bekrefter at informasjonen over er korrekt: *(NB: lege/fysioterapeut skal signere her)*

Navn:

Yrke:

Adresse:

Telefon:

Dato;

Signatur:

Stempel