

## Formulário de Diagnóstico Médico

Este formulário deve ser **preenchido, assinado e carimbado** por um **médico (com registro válido no CRM)**. Após o devido preenchimento, este formulário deve ser **apresentado ao Classificador Chefe** do evento **antes do início** do Painel de Classificação ao que o atleta será submetido. Este formulário pode estar acompanhado ou não de documentação médica complementar.

**Sem a entrega deste formulário devidamente preenchido o atleta não será avaliado pelo Painel de classificação do evento.**

Notas:

1. Não será aceito formulário sem marcação do item de confirmação pelo médico, assinatura e/ou carimbo do médico.
2. Não será aceito formulário em que o nome do médico ou o número do CRM estejam rasurados, ilegíveis ou gerem dúvida na identificação do profissional responsável pelas informações médicas.
3. A avaliação do comprometimento observado durante a avaliação do atleta deve corresponder ao diagnóstico indicado abaixo neste formulário (Informações Médicas). Se a documentação médica estiver incompleta, a ANDE reserva-se o direito de solicitar mais informações. Na ausência de tal informação, o atleta não poderá prosseguir com a Avaliação do Atleta.

### Informações do Atleta

<b>Nome Completo:</b>			
<b>Gênero:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>Data de Nascimento:</b>	dd/mm/aaaa
<b>Equipe:</b>			
<b>Status do Atleta</b>	<input type="checkbox"/> Novo (N) <input type="checkbox"/> Review (R) - incluindo review com data fixada (RFD)		

### Informações Médica

*Nota: A lista de diagnósticos médicos consiste apenas em uma etapa do processo de classificação.*

<b>Deficiência</b> (marque)	<b>Diagnóstico médico relevante e tipo de deficiência</b> (marque ou adicione)	<b>Documentos utilizados para sustentar (dar consistência) ao diagnóstico</b> (marque 1 ou mais ou adicione)
<input type="checkbox"/> Espasticidade Bilateral <input type="checkbox"/> Espasticidade Unilateral <input type="checkbox"/> Dystonia <input type="checkbox"/> Atetose <input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral <input type="checkbox"/> Lesão Cerebral Traumática <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Outra _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Laudo Médico <input type="checkbox"/> Escala de Ashworth Modificada <input type="checkbox"/> DIS (Escala de Deficiência de Discinesia) <input type="checkbox"/> SARA (Escala de avaliação e classificação de Ataxia) <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética cerebral ou Tomografia Computadorizada

### Histórico Médico

<b>Condição Atual do Atleta:</b>	<input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Progressiva <input type="checkbox"/> Flutuante <input type="checkbox"/> Permanente
<b>Idade no início do tratamento:</b>	<div style="text-align: right;">anos</div> <input type="checkbox"/> Congênita
<b>Tratamentos Anteriores:</b>	
<b>Tratamentos em andamento:</b>	
<b>Tratamentos previstos:</b>	

<b>Detalhes adicionais no diagnóstico médico (se necessário):</b>

<b>Medicamentos prescritos e razões para a prescrição:</b>

<input type="checkbox"/> <b>Eu confirmo que as informações acima são verdadeiras.</b>			
<b>Nome do Médico:</b>			
<b>Especialidade Médica:</b>			
<b>Número do CRM:</b>			
<b>Endereço do Consultório:</b>			
<b>Cidade:</b>		<b>País:</b>	
<b>Telefone:</b>		<b>E-mail:</b>	
<b>Data:</b>		<b>Assinatura e carimbo:</b>	