**DECLARAÇÃO DE DIAGNÓSTICO PARA CLASSIFICAÇÃO DA BOCHA**

O(A) atleta abaixo citado(a) é obrigado(a) a submeter-se à Classificação Funcional da modalidade Bocha para competir em nível nacional. Durante o processo de Classificação Funcional, os classificadores avaliarão se suas limitações físicas relevantes atendem requisitos mínimos para competir na modalidade Bocha. Para auxiliar o processo de avaliação da classificação, é necessária uma confirmação do diagnóstico médico.

**Dados do Atleta** (Deve ser preenchido pelo atleta e apresentado na Classificação – Favor imprimir)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo: |  | | | | | |
| Gênero: | ( ) masculino ( ) feminino | | Data de Nascimento: |  | | |
| Endereço: |  | | | | | |
| Cidade: |  | CEP: |  | Estado: |  |
| Telefone: |  | Email: |  | | | |
| Eu declaro para os devidos fins que as informações acima podem ser utilizadas para uso da equipe de Classificação Funcional da ANDE. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Assinatura: |  | | Data: |  | | |

**Dados Médicos** (Deve ser preenchido por um médico de forma legível).

Se o espaço for insuficiente, por favor anexe as informações e outra folha separada.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Paciente: |  |
| Diagnóstico com CID: |  |
| Resultados de Testes que confirmam diagnóstico,  por exemplo, ressonância magnética, tomografia computadorizada, biópsia muscular, eletroneuromiografia, etc... |  |
| Outros fatores relevantes, exemplo, Epilepsia, Diabetes, Cardiopatias, etc... |  |
| Cite a medicação prescrita ao paciente: |  |

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que acompanhei este paciente por \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_ meses e que o paciente acima mencionado tem o diagnóstico especificado acima.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Médico: |  |
| Endereço do Consultório: |  |
| Assinatura e CRM: |  |
| Carimbo: |  |
| Data: |  |

**Informações importantes:**

1. As informações divulgadas neste formulário serão tratadas confidencialmente pela ANDE e de acordo com o Código de Ética do Comitê Paralímpico Internacional para Classificação Funcional.
2. Diretrizes para o médico preencher este formulário:
   1. A documentação médica relevante e apropriada é essencial para o processo de Classificação Funcional dos Atletas para que os mesmos possam competir em eventos de Bocha sancionados pela ANDE e BISFed.
3. Esta informação médica deve fornecer os resultados de exames médicos e investigações que demonstrem que o atleta tem um diagnóstico de uma condição médica que leva à sua apresentação de deficiências físicas.
4. Não é necessário fornecer um relatório que declare os sintomas como fraqueza, dor, falta de sensibilidade, incapacidade de andar ou realizar determinadas ações. Essas limitações são avaliadas durante o processo de Classificação por Classificadores Credenciados pela ANDE em eventos sancionados.