

Medisinsk diagnoseskjema for utøvere med fysisk funksjonsnedsettelse

Dette skjemaet skal fylles ut av utøverens personlige lege eller fysioterapeut og sendes Paraklatring på e-post til klating@klating.no. E-posten merkes med: «Medisinsk diagnoseskjema for utøvere med fysisk funksjonsnedsettelse».

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

Utøver informasjon

Etternavn:

Fornavn:

Klubb:

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

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

Medisinsk informasjon

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

| Godkjent funksjonsnedsettelse (kryss av) | Medisinsk diagnose relevant for type funksjonsnedsettelse (kryss av eller legg til) | Vedlagte dokumenter for å støtte diagnosen (kryss av eller legg til) |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Endring i muskelkraft | Ryggmargsskade Muskel dystrofi Spina Bifida Polio Myelitt Multiple Sclerose Annet_____ | Medisinsk rapport ASIA klassifisering Elektromyografi MR/CT RTG Biopsi Annet_____ |
| Leddbevegelighet | Arthrogryposis Leddkontrakturer Traumer Annet_____ | Medisinsk rapport RTG Foto/film Annet_____ |
| Ataxi Athetose Hypertoni | Cerebral Parese Traumatisk hjerneskade Multiple Sclerose Slag Annet_____ | Medisinsk rapport Modifisert Ashworth Scale Cerebral MR/CT Annet_____ |
| Benlengdeforskjell | Traume Dysmeli Annet_____ | Medisinsk rapport RTG Foto/film |

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| | | Annet _____ |
| Deformitet i ekstremiteter | Dysmeli Traumatisk amputasjon Beinkreft Annet; _____ | Medisinsk rapport RTG Foto/film 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 klatring

Medisinbruk:

Vedlegg:

Legg gjerne ved rapporter på tilleggs testing utført av lege, fysioterapeut eller annet helsepersonell som kan utdype den medisinske informasjonen.

Paraklatring sin klassifisør 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 paraklatrings klassifiseringsregelverk og «godkjente funksjonsnedsettelser»

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

Navn:

Yrke:

Adresse:

Telefon:

Signatur:

Stempel