

CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DE PARACANOAGEM
DIAGNÓSTICO MÉDICO

*(A pessoa abaixo está requerendo a Confederação Brasileira de Canoagem a Classificação Funcional para competir em um evento nacional de Paracanoagem. Para participar da devida classificação funcional é requerido a confirmação do **diagnóstico médico**.)*

NOME COMPLETO.....

ENDEREÇO.....

.....

TELEFONE..... DATA DE NASCIMENTO.....

CIDADE/ESTADO..... () MASCULINO () FEMININO

ASSINATURA DO ATLETA.....

DETALHES MÉDICOS

ESTA SEÇÃO DEVERÁ SER PREENCHIDA SOMENTE POR UM MÉDICO

NOME DO REQUERENTE.....

DIAGNÓSTICO.....

ALGUM OUTRO FATOR RELEVANTE, EX. EPILEPSIA, DIABÉTES, DOENÇA CARDIACA, HEMOFILIA, ETC.

DESTA FORMA EU CERTIFICO QUE ATENDO ESTE PACIENTE HÁ _____ ANOS CERTIFICANDO QUE O PACIENTE REFERIDO APRESENTA O DIAGNÓSTICO CITADO ACIMA.

ASSINATURA DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO DATA...../...../.....

ENDEREÇO.....

.....

DIAGNÓSTICO DO ATLETA

Nome:.....Associação:.....

Deficiência Física

Amputação Esquerda Direita Ambas
Acima do Joelho Abaixo do Joelho

Poliomelite Membros afetados

Paralisia Cerebral Monoplegia Diplegia Hemiplegia
Quadruplegia Ataxia Atetose

Lesão Medular Nível Completa Incompleta

Neuropatia Congênita

Espinha Bífida Nível

Outra

Estável Progressiva

DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES MÉDICAS

MEDIDAS DE EMERGÊNCIA

Nome:.....Associação:.....

Eu,.....desejo competir em um evento de Paracanoagem organizado pela Confederação Brasileira de Canoagem.

Eu entendo que a CBCa requer minha afirmação e conhecimentos das condições médicas que podem comprometer minha segurança na água. Eu entendo que eu devo afirmar minhas condições atuais de saúde.

(Por favor escrever N/A se não apresentar nenhuma associação com a doença e sublinhar caso apresente alguma)

Histórico:

Diabetes- Doença do coração - Câncer – AVC - Fratura Recente - Asma Hipertensão Disreflexia - Desidratação - Convulsão – Desordem de comunicação – Outras.....

Possíveis complicações médicas:

.....
.....

Passos que devem ser tomados caso isso ocorra:

.....
.....

Alergias:

.....

Medicações:

.....

Eu entendo que se eu não citar alguma das condições médicas e se esta condição resultar em ter que realizar um resgate, eu serei automaticamente considerado inelegível para a presente competição. Eu também entendo que se a condição surgir pela primeira vez durante a competição e é diagnosticada neste período, por exemplo: desidratação, eu ainda serei considerado elegível para competi-la, observando a necessidade de realizar o tratamento para o caso.

Assinatura do atleta.....

Assinatura do responsável (abaixo de 18 anos):

Assinatura da testemunha:.....

Nome da Testemunha:.....DATA:...../...../.....