



FORMULAIRE D'INFORMATIONS MÉDICALES DE DIAGNOSTIC DE RFRC

La World Wheelchair Rugby exige des informations médicales de diagnostic pour chaque athlète afin de confirmer que celui-ci présente un état de santé permanent et vérifiable entraînant un handicap éligible, tel que défini par la WWR. La WWR a déterminé que les types de handicaps éligibles sont les suivants :

- Déficience de la force musculaire
- Amputation d'un membre
- Ampleur de mouvement passive réduite
- Ataxie, athétose et hypertonie

Ce formulaire doit être rempli en anglais par un médecin agréé spécialisé dans l'affection de l'athlète (dans la mesure du possible).

Le formulaire rempli, accompagné de la documentation médicale, doit être remis à la responsable de la classification de RFRC au moins 6 semaines avant la première participation de l'athlète à une manifestation de RFRC agréée pour la classification, où un comité de classification de RFRC sera présent.

L'évaluation du handicap constatée lors de l'évaluation de l'athlète DOIT correspondre au diagnostic indiqué sur ce formulaire. Si la documentation médicale est incomplète, Rugby en fauteuil roulant Canada se réserve le droit de demander des informations complémentaires. En l'absence de ces informations, l'athlète ne pourra pas passer à l'étape suivante de l'évaluation.

INFORMATIONS SUR L'ATHLÈTE :

Nom de famille (tel qu'indiqué sur la carte d'identification) :			
Prénom (tel qu'indiqué sur la carte d'identification) :			
Sexe :		Date de naissance : (jj/mm/aaaa)	
Pays :			
☐ Nouvelle athlète en cours de classement pour la première fois	☐ L'athlète possède déjà une catégorie sportive RFRC/WWR		



FORMULAIRE D'INFORMATIONS MÉDICALES DE DIAGNOSTIC DE RFRC

INFORMATIONS MÉDICALES :

Remarque : Les listes de diagnostics médicaux présentées sont des exemples et ne constituent pas une liste exhaustive.

Déficiences admissibles (cochez)	Nom du diagnostic médical correspondant au type de déficience (cochez ou ajoutez)	Documents/éléments justificatifs à l'appui du diagnostic (cochez ou ajoutez)
☐ Faiblesse musculaire	☐ Lésion médullaire ☐ Maladie de Charcot-Marie-Tooth (HSMN) ☐ Dystrophie musculaire ☐ Sclérose en plaques ☐ Spina bifida ☐ Autres _____	☐ Rapport médical ☐ Échelle ASIA ☐ Électromyographie ☐ IRM/scanner ☐ Radiographies ☐ Biopsie ☐ Autres _____
☐ Déficience d'un membre	☐ Dismélie ☐ Amputation traumatique ☐ Autres _____	☐ Rapport médical ☐ Radiographies ☐ Photographies ☐ Autres _____
☐ Limitation de l'amplitude de mouvement passif	☐ Arthrogrypose ☐ Contractures articulaires ☐ Traumatisme ☐ Autres _____	☐ Rapport médical ☐ Radiographies ☐ Photographies ☐ Mesures goniométriques ☐ Autres _____
☐ Ataxie ☐ Athétose ☐ Hypertonie	☐ Paralysie cérébrale ☐ Traumatisme crânien ☐ Sclérose en plaques ☐ AVC ☐ Autres _____	☐ Rapport médical ☐ Échelle d'Ashworth modifiée ☐ IRM/scanner cérébral ☐ Autres _____



FORMULAIRE D'INFORMATIONS MÉDICALES DE DIAGNOSTIC DE RFRC

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

État de l'athlète	☐ Stable	☐ Progressif	☐ Fluctuant	☐ Permanent
Âge d'apparition :	(année)		☐ Congénital	
Traitements antérieurs :				
Traitements actuels :				
Traitements futurs anticipés :				

Informations complémentaires sur le diagnostic médical (si nécessaire) :

Médicaments et motif de la prescription :



FORMULAIRE D'INFORMATIONS MÉDICALES DE DIAGNOSTIC DE RFRC

ATTESTATION :

☐ Je certifie que les informations fournies sont exactes et n'ont été ni modifiées ni altérées d'aucune manière.

Nom :

Spécialité médicale :

Numéro d'enregistrement :

Adresse :

Ville :

Pays :

Téléphone :

E-mail:

Date:

Signature: