# Formulaire de Diagnostic Médical

# pour athlètes avec une déficience physique

**Le formulaire doit être complété en français par l’athlète (partie 1) et par un médecin de la LHF (partie 2). Il doit être envoyé à la LHF (**[**classification@handisport.be**](mailto:classification@handisport.be)**) au moins 4 semaines avant la date de la classification.**

**Tous les documents médicaux demandés en pages 2 et 3 doivent être annexés à ce formulaire.**

**Le formulaire et les documents médicaux annexés ne peuvent pas dater de plus de 12 mois au moment de l’Evaluation de l’Athlète.**

#### Informations athlète (à compléter par l’athlète AVANT son rendez-vous chez le médecin)

Nom :

Prénom :

Genre : 🗌 féminin 🗌 masculin Date de naissance :

Sport : Numéro de registre national

Ligue : LHF (si applicable):

Club :

N° licence :

E-mail :

Téléphone :

J’ai pris connaissance des dix déficiences reconnues pour la pratique du sport en compétition et pense présenter au moins une de ces déficiences.

Oui 🗌 Non 🗌

Date Signature de l’athlète

#### Informations médicales (à compléter par le médecin)

Handicap :

|  |  |
| --- | --- |
| 🗌 Déficit moteur  🗌 Différence de longueur des membres inférieurs  🗌 Limitation de l’amplitude articulaire passive  🗌 Petite stature  🗌 Hypertonie  🗌 Amputation  🗌 Athétose  🗌 Ataxie  🗌 Non – Eligible  🗌 Avis complémentaire nécessaire | |
| Description du diagnostic médical de l’athlète **et** de la perte de fonction qui en résulte : |  |

Ce handicap est : 🗌 progressif 🗌 stable

Ce handicap est : 🗌 acquis 🗌 congénital

Si le handicap est acquis, date de début :

Intervention(s) médicale(s) à venir :

Médicaments utilisés couramment :

### Annexes au Formulaire de Diagnostic Médical

L’état de santé de l’athlète, comme établi dans ce formulaire, et le handicap qui en résulte doivent expliquer complètement la perte de fonction exprimée par l’athlète lors de son évaluation. Autrement, aucune classe ne pourra lui être donnée par le classificateur, comme stipulé dans le règlement de la classification IPC.

Par conséquent, des documents médicaux supplémentaires récents et pertinents doivent être annexés à ce formulaire si l’athlète a\* :

* Un handicap ou diagnostic qui ne peut pas être vérifié par des signes et symptômes clairs ;
* Un état de santé rare ou complexe, ou de multiples handicaps ;
* Une déficience d’un membre (amputation ou dysmélie) au niveau de l’articulation de la cheville, du genou, du poignet ou de l’épaule (rayons X des articulations concernées à joindre) ;
* Une lésion de la moelle épinière (résultats d’une ASIA scale récente à joindre) ;
* Un des troubles de la coordination est lié à de l’ataxie, athétose ou hypertonie (résultats d’une Modified Ashworth Scale à joindre).

Les rapports des tests supplémentaires réalisés par des médecins, kinésithérapeutes et autres professionnels de la santé sont les bienvenus, s’ils sont pertinents, pour compléter les informations du diagnostic médical.

Le classificateur peut demander plus d’informations en fonction de l’état de santé de l’athlète et de son handicap.

\* Il est conseillé aux athlètes et aux clubs de se renseigner sur le critère d’éligibilité minimum de chaque sport. En effet, tous les handicaps mentionnés ne sont pas considérés comme critère minimum d’éligibilité pour tous les sports pratiqués à la LHF.

|  |
| --- |
| 🗌 **Je confirme que les informations ci-dessus sont correctes.**  Nom :  Spécialité médicale :  N° de registre :  Adresse :    Téléphone :  E-mail :  Date :  Signature : |

**Ce Formulaire de Diagnostic Médical et ses annexes doivent être remis à la Ligue Handisport Francophone par l’athlète.**

Ligue Handisport Francophone

Hôpital Reine Fabiola - GHDC

69, Avenue du Centenaire

6061 Montignies-sur-Sambre

071 10 67 50

[classification@handisport.be](mailto:classification@handisport.be)