

## Formulaire de diagnostic médical pour les athlètes ayant une déficience physique

Pour être éligible au cyclisme handisport, un athlète doit avoir un diagnostic médical sous-jacent (état de santé) qui entraîne une déficience permanente et éligible (article 16.4.008 du Règlement de classification UCI). La mesure de la faculté effectuée lors du processus de classification doit correspondre au diagnostic indiqué ci-dessous.

Les formulaires remplis et les informations de diagnostic médical pertinentes doivent être téléversées sur la plateforme en ligne : [Téléverser mon dossier](#)

Le formulaire et la documentation médicale ci-jointe ne doivent pas dater de plus de 12 mois au moment de l'évaluation de l'athlète. La FFH se réserve le droit de demander des informations supplémentaires, si des informations supplémentaires sont nécessaires. L'athlète ne pourra pas être convoqué à une session de classification, tant que les informations demandées ne seront pas fournies.

L'Athlète reconnaît et accepte que la FFH collecte et traite certaines de ses données personnelles aux fins et dans la mesure nécessaire en relation avec le présent Formulaire de Diagnostic Médical et pour faciliter la participation de l'Athlète aux compétitions FFH. Ces données personnelles collectées et traitées comprennent, sans s'y limiter, le nom, le prénom, le sexe, la date de naissance de l'Athlète, son numéro de licence, son club et les informations médicales telles que décrites ci-dessous (Données personnelles).

L'Athlète reconnaît et accepte que la FFH puisse partager ses Données Personnelles avec les classificateurs FFH et/ou la Commission Médicale de la FFH.

Enfin, l'Athlète comprend qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification des Données Personnelles que la FFH détient à son sujet en vertu de la loi sur la protection des données en contactant la FFH. L'Athlète peut retirer son accord à ce que la FFH traite et stocke ses Données Personnelles à tout moment. Le retrait de l'accord de l'athlète au traitement et à l'enregistrement de ses données personnelles peut entraîner l'inéligibilité de l'athlète à participer au cyclisme handisport. Ces conditions doivent être reconnues et signées par l'athlète ou en son nom au bas de ce document.

### Information sur l'athlète

<b>Nom de famille :</b>	
<b>Prénom(s) :</b>	
<b>Genre:</b> <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	<b>Date de naissance:</b>
<b>N° de licence FFH :</b>	
<b>Club :</b>	

**Informations médicales – à remplir par un médecin**

<b>Diagnostic médical de l'athlète (état de santé) :</b>	
<b>Inclure une description de la ou des parties du corps touchées et des limitations :</b>	
<b>Déficiences(s) primaire(s) découlant du diagnostic médical (état de santé) :</b>	
<input type="checkbox"/> Diminution de la puissance musculaire <input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Différence de longueur de jambe <input type="checkbox"/> Déficience de l'amplitude des mouvements passifs <input type="checkbox"/> Athétose <input type="checkbox"/> Déficience/Perte d'un membre (dysmélie/amputation) <input type="checkbox"/> Hypertonie	
<b>L'état de santé est le suivant :</b> <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Progressif <input type="checkbox"/> Fluctuation	
<b>Origine :</b> <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Congénital (naissance)	
<b>Antécédents de traitement et procédures futures prévues :</b>	
<b>Médicaments réguliers – Énumérez la posologie et la raison :</b>	
<b>Présence d'autres conditions médicales/diagnostics :</b>	
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle <input type="checkbox"/> Altération de la fonction respiratoire <input type="checkbox"/> Hypermobilité/instabilité articulaire <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Altération des fonctions métaboliques <input type="checkbox"/> Diminution de l'endurance musculaire (p. ex., fatigue chronique) <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Altération des fonctions cardiovasculaires <input type="checkbox"/> Autre: _____ <input type="checkbox"/> Diagnostics psychologiques <input type="checkbox"/> Douleur	
<b>Décrire:</b>	

<input type="checkbox"/> <b>Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes</b> <b>Je certifie qu'il n'y a pas de contre-indication pour que cet athlète puisse concourir à un niveau compétitif.</b> <b>Nom du professionnel de la santé :</b>	
<b>Profession/Spécialité médicale :</b>	<b>Numéro d'enregistrement :</b>
<b>Adresse:</b>	
<b>Ville:</b>	<b>Pays:</b>
<b>Téléphone:</b>	<b>Courriel:</b>
<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Je confirme que les informations ci-dessus sont exactes et j'accepte les conditions mentionnées ci-dessus. Nom et signature de l'athlète :</b>	

# ANNEXE 1

## LISTE DES DOCUMENTS MÉDICAUX POUVANT ÊTRE JOINTS À CE FORMULAIRE

L'athlète peut compléter ce formulaire en y joignant d'autres documents médicaux complémentaires en fonction de son handicap.

La FFH peut à tout moment demander l'envoi de ces documents si besoin.

En voici, ci-après quelques exemples dont la liste n'est pas exhaustive :

Déficiência éligible	Nom du diagnostic médical menant à la déficiência admissible	Documents à l'appui du diagnostic (coche ou ajouter)
<input type="checkbox"/> Puissance musculaire altérée	<input type="checkbox"/> Lésion de la moelle épinière <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire <input type="checkbox"/> Spina Bifida <input type="checkbox"/> Myélite poliomyélitique <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Rapport médical comprenant les résultats récents de l'échelle ASIA (tests sensoriels et moteurs) <input type="checkbox"/> Électromyographie? <input type="checkbox"/> Rapport d'IRM <input type="checkbox"/> Radiographies <input type="checkbox"/> Biopsie? <input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Déficiência de l'amplitude des mouvements passifs	<input type="checkbox"/> Arthrogrypose <input type="checkbox"/> Contractures articulaires <input type="checkbox"/> Traumatisme <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Rapport médical (indiquant la cause de déficiência et amplitude de mouvement disponible) <input type="checkbox"/> Radiographie (indication claire d'une anomalie articulaire) <input type="checkbox"/> Photographies <input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Athétose <input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Infirmité motrice cérébrale <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien <input type="checkbox"/> Caresser <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Les professionnels de la santé rapportent avoir identifié, le cas échéant, les scores de l'Australian Spasticity Assessment Scale (ASAS), l'activité réflexe, la présentation d'un clonus, de tremblements, de rigidité, de dystonie ou de dyskinésie <input type="checkbox"/> Rapport d'IRM cérébrale ou de scintigraphie CT <input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Différence de longueur de jambe	<input type="checkbox"/> Traumatisme <input type="checkbox"/> Dymélia <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Rapport médical <input type="checkbox"/> radiographies ou <input type="checkbox"/> Photographier <input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Déficiência d'un membre	<input type="checkbox"/> Dymélia <input type="checkbox"/> Amputation traumatique <input type="checkbox"/> Cancer des os <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Rapport médical (préciser le niveau) <input type="checkbox"/> Rapport du radiologue (identifier le reste de l'appareil) <input type="checkbox"/> radiographies <input type="checkbox"/> Photographies <input type="checkbox"/> Autre _____