

Guia de Preenchimento do Paraclimbing Medical Diagnostics Form (MDF)

Para Atletas, Federações Nacionais e Médicos

Este guia foi desenvolvido para auxiliar no adequado preenchimento do Medical Diagnostics Form (MDF) necessário para a Paraescalada. Assegure-se de um preenchimento de forma legível em Português e de que todos os documentos adicionais sejam submetidos em anexo. Informações faltantes ou incompletas podem atrasar a classificação do(a) Atleta e a definição de sua elegibilidade.

Seção 1: Informações do(a) Atleta

(A ser preenchido pelo(a) Atleta ou Federação Nacional)

1. ATHLETE INFORMATION			
Last Name:			
First Name:			
Gender:	Female ☐ Male ☐	Preferred Pronouns:	Date of Birth (dd/mm/yyyy):
NPC/NF:			Country:
Sport:			

Esta seção diz respeito aos dados pessoais do(a) Atleta.

- **Last Name (Sobrenome) / First Name (Nome):** Nome legal do(a) Atleta exatamente como em seu documento oficial.
- **Gender (Gênero):** Selecione a caixa apropriada (Masc / Fem) e liste os pronomes utilizados (opcional).
- **Date of Birth (Data de Nascimento):** Utilize o formato DD/MM/AAAA para escrever a data de nascimento.
- **Sport (Esporte):** Escreva "Paraescalada".
- **NPC/NF / Country (País):** Especifique o Comitê Paralímpico (NPC) / Confederação Nacional (NF) que representa o Atleta e seu país de residência

Seção 2: Tipo Elegível de Deficiência

(A ser preenchido pelo Médico responsável pelo Atleta)

2. ELIGIBLE IMPAIRMENT TYPE

Please select all the Eligible Impairment type(s) applying to the Athlete. Refer to the [IFSC Classification Rules](#) for full details.

☐ 1. Impaired Muscle Power	☐ 4. Limb Length Difference	☐ 7. Motor Ataxia
☐ 2. Impaired Passive Range of Movement	☐ 5. Short Stature (height: _____ cm)	☐ 8. Dyskinesia
☐ 3. Limb Deficiency	☐ 6. Hypertonia/Spasticity	

Esta seção determinará se o Atleta possui uma deficiência elegível.

1. Revise a lista de Deficiências e marque as caixas aplicáveis.
2. Se não estiver certo de qualquer marcação, cheque as Regras de Classificação da IFSC ou consulte o Painel de Classificação Nacional.
3. **Importante:** Somente as deficiências listadas são elegíveis. Qualquer condição fora desta lista não será válida para a classificação. Por favor, analise o Código de Classificação Paralímpica para mais informações sobre as patologias/condições de saúde e deficiências elegíveis. Note que somente a deficiência mais severa contará para a classificação final e elegibilidade.

2.2 Categoria Pretendida: Sinalize a categoria conforme o preenchimento da seção 2 a classe pretendida

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ☐ B1 | ☐ AL1 | ☐ RP1 |
| ☐ B2 | ☐ AL2 | ☐ RP2 |
| ☐ B3 | ☐ AU2 | ☐ RP3 |
| | ☐ AU3 | |

Seção 3: Informações Médicas

3.1 Diagnóstico

(A ser preenchido pelo Médico responsável pelo Atleta)

3.1. DIAGNOSIS: Description of the Athlete's medical diagnosis and the loss of function this health condition results in:

HEALTH CONDITION IS: ☐ FLUCTUATING ☐ STABLE ☐ PERMANENT ☐ PROGRESSIVE

Descreva o diagnóstico médico do(a) Atleta, incluindo os segmentos corporais acometidos, lado do corpo afetado (se aplicável) e limitações funcionais.

Descreva como o diagnóstico levou à(s) deficiência(s) descritas na Seção 2. Indique se esta(s) condição(ões) de saúde é(são) estáveis, flutuantes, permanentes ou progressivas.

Exemplos:

- **Diagnóstico:** Deficiência congênita de antebraço direito, resultando em perda de força de preensão palmar e limitação para segurar agarras em determinadas posições na escalada. **Status:** *Permanente*
- **Diagnóstico:** Trauma automobilístico (2005) - Fratura de tíbia/fíbula esquerdas com lesão associada do nervo tibial afetando a força muscular da perna. **Status:** *Estável*
- **Diagnóstico:** Contratura em flexão de 30° do joelho esquerdo resultante de lesão ortopédica severa após acidente automobilístico em 2018 gerando limitação de amplitude de movimento do joelho devido aderências. **Status:** *Estável*
- **Diagnóstico:** Esclerose múltipla, resultando em fraqueza e espasticidade que afetam a força de preensão da mão esquerda. Força 3/5 para flexão de punho e dedos ao teste manual. Escala Modificada de Ashworth 2/4 em flexores de punho. **Status:** *Progressiva*

3.2 Histórico Médico

Indique se a(s) deficiência(s) é(são) congênita(s) ou adquirida(s). Se adquirida(s), inclua o ano de início de acometimento e qualquer detalhe relevante sobre procedimentos (cirúrgicos ou não) feitos ou planejados para o manejo da patologia.

Exemplo:

- **Deficiência:** Adquirida
- **Ano do Acometimento:** 2015 (após acidente)
- **Procedimentos Futuros:** Cirurgia planejada para estabilização do ombro esquerdo.

3.3 Medicamentos

Forneça detalhes sobre medicações utilizadas para o manejo da deficiência, incluindo a dosagem e o objetivo do uso. Não é necessária a adição de demais medicações que não sirvam para este propósito.

Exemplo:

- **Medicação:** Baclofeno, 10mg/dia, para manejo de espasticidade.

Seção 4: Anexos ao MDF

(A ser preenchido pelo Médico responsável pelo Atleta)

Adicione todos os documentos médicos que atestem o diagnóstico e acometimentos. A documentação **DEVE** ser fornecida para suporte tanto do diagnóstico (patologia) ASSIM COMO quanto esta doença resulta na Deficiência Elegível. Documentações legíveis podem ser enviadas em Português para Classificação Nacional. Referencie os requisitos específicos a cada deficiência descritos na tabela abaixo. Não é obrigatório o envio de todos os documentos listados para cada tipo de deficiência, visto que alguns podem ser redundantes ou não pertencer ao diagnóstico específico avaliado, entretanto, os documentos enviados devem descrever tanto o diagnóstico quanto a deficiência de forma detalhada. Uma vez comprovado o aceite, as documentações utilizadas poderão ser reutilizadas anualmente caso não ocorram mudanças que necessitem atualização.

Informações Obrigatórias: Providencie os testes mais recentes disponíveis, principalmente em condições flutuantes. Se testes específicos ou exames não estão disponíveis, prontuários médicos podem ser aceitos. Se não forem realizados testes, submeta uma descrição detalhada proveniente de um médico especialista na área médica da deficiência que explique em detalhes a sua avaliação ou a motivação da impossibilidade de realização dos testes, oferecendo evidências alternativas (ex. exame neurológico detalhado feito por um Neurologista que descreva adequadamente o diagnóstico clínico).

Documentação de Suporte: Reforça a conexão entre a condição de saúde e como a deficiência impacta a performance de escalada. Estes documentos auxiliam os Classificadores a entenderem a extensão da deficiência a fim de fornecerem feedback ao Atleta sobre sua elegibilidade.

Deficiência Elegível	Documentos/Testes Necessários	Exemplos de Documentação de Suporte
Déficit de Força Muscular	- Relatório médico detalhando a condição específica que cause a fraqueza muscular (ex. lesão medular). - Exames pertinentes como RX, TC, RM ou US que expliquem a perda de força muscular - Relatório de ENMG/Estudo de Condução Nervosa (se lesão). - Resultados de exame físico mostrando gradação de força muscular (testes manuais ou ASIA, nos casos de lesão medular).	- Relatório/Prontuário de centro de reabilitação. - Notas clínicas médicas demonstrando como a fraqueza impacta na função (ex. incapacidade de erguer objetos ou escalar).
Déficit de Arco de Movimento Passivo	- Declaração médica justificando a causa da restrição de ADM (ex. lesão ortopédica, contratura). - RX ou RM confirmando anormalidades estruturais. - Aferição de ADM passiva por fisioterapeuta ou especialista.	- Relatório cirúrgico ou detalhes da recuperação de lesão. - Fotos e/ou vídeos demonstrando a limitação
Deficiência de Membro	- Fotos e/ou RX do membro acometido - Descrição médica da amputação ou dismelia (deficiência congênita) e nível de deficiência	- Relatório de confecção de prótese (se aplicável). - Relatório cirúrgico (se realizada amputação).
Discrepância de Membros Inferiores	- Relatório médico detalhando a discrepância, OU - RX confirmando a medição da discrepância de membros inferiores.	- Avaliação funcional por fisioterapeuta. - Descrição detalhada das adaptações ou aparelhos assistivos utilizados para mobilidade.
Baixa Estatura	- Documentação confirmando a altura (ex. gráfico de crescimento, relatório médico), OU - RX ou exame de imagem (se necessário) para confirmar displasia esquelética ou correlatos.	- Teste genético (se disponível) para condições como Acondroplasia. - Relatório de Endocrinologista (se aplicável).
Hipertonia / Espasticidade	- Escore da Escala Modificada de Ashworth (MAS) ou Australian Spasticity Assessment Scale (ASAS). - Relatório médico detalhando a condição neurológica presente (ex. paralisia cerebral, TCE, AVE).	- Resultados de RM/TC demonstrando a condição neurológica. - Avaliação funcional por fisioterapeuta indicando limitação de ações na escalada pela doença.

Deficiência Elegível	Documentos/Testes Necessários	Exemplos de Documentação de Suporte
Ataxia Motora	- Relatório de Neurologista descrevendo a perda de coordenação e sua causa (ex. esclerose múltipla, TCE, atrofia cerebelar). - Carta médica detalhando a disfunção causada pela ataxia.	- Testes de coordenação/Equilíbrio (ex, Romberg ou SARA). - RM Cerebral ou Cerebelar demonstrando lesões e/ou anormalidades. - Relatório funcional descrevendo perda de coordenação para escalada.
Discinesia	- Relatório médico explicando movimentos descontrolados e a condição neurológica que os causam. - RM / TC documentando anormalidades cerebrais causadoras de discinesia (se disponível).	- Avaliação funcional por fisioterapeuta documentando como a atetose afeta a habilidade de escalada. - Relatório médico sobre o impacto da atetose na função

Exemplos de Documentação de Suporte:

- **Diagnóstico:** Lesão Medular ASIA B Nível T10
 - **Documentação Obrigatória:** Relatório médico descrevendo a lesão e perda de força do membro inferior – OU – prontuário médico hospitalar descrevendo a lesão.
 - **Documentação de Suporte:** RM de coluna, exame completo da escala ASIA.
- **Diagnóstico:** Fratura pélvica e de úmero após colisão, com lesão nervo ciático afetando a força muscular do membro inferior
 - **Documentação Obrigatória:** ENMG e testes de condução nervosa avaliando neuropatia do ciático – OU – Relatório médico descrevendo realização de ENMG/TCS e demonstrando neuropatia do nervo ciático.
 - **Documentação de Suporte:** Relatório Médico/Fisioterapeuta demonstrando músculos envolvidos e testes manuais de força.
 - **Nota:** Neste exemplo, a deficiência principal é a fraqueza muscular, portanto, a documentação deve focar no diagnóstico que a suporta (lesão traumática nervo ciático). Se a deficiência escolhida fosse limitação de arco de movimento passivo (lesão umeral), a documentação deveria focar em restrições ortopédicas, cirurgias e exames de imagem/fotos/vídeos.

Seção 5: Declaração Médica

(A ser preenchida pelo Médico Responsável pelo Atleta)

5. PHYSICIAN DECLARATION
☐ I certify that the above-mentioned information is medically appropriate.
☐ I certify that there is no contra-indication for this individual to compete at competitive level in the sport mentioned.

Name: _____
Medical Specialty: _____
Registration Number: _____
Address: _____
City: _____ Country: _____
Tel.: _____ E-mail: _____

Signature of Physician: _____

Date: _____

Esta seção confirma as credenciais médicas e certifica a veracidade das informações fornecidas.

- Complete todos os campos, incluindo nome, especialidade, número do conselho de classe/especialidade e dados de contato.
 - **Profissionais não-médicos não são elegíveis para completar este formulário.**
- Assine e date a declaração. Este documento deve ser feito dentro de 12 meses da competição.
 - Um novo MDF é necessário anualmente, mas os documentos de suporte poderão ser reutilizados.

Checklist para Submissão

(A ser preenchido pela Confederação/Comitê Paralímpico do Atleta)

Antes da submissão, confirme o seguinte:

- ☐ Todos os campos de identificação do atleta estão completos e corretos.
- ☐ Diagnósticos médicos e deficiências elegíveis estão corretamente preenchidos.
- ☐ Documentos obrigatórios e de Suporte foram adequadamente anexados.
- ☐ Os dados do Médico Responsável estão completos e o documento está assinado, carimbado e datado.

Confederação Brasileira de Escalada Esportiva

Rua Pascal, 1353, sala 06 . Campo Belo . São Paulo – SP
CEP: 04616-004 . CNPJ: 20.352.992/0001-23

Ao seguirem este guia, Atletas e seu pessoal médico podem garantir um adequado preenchimento do MDF e uma avaliação completa sem atrasos.