

Riservato GDL MEDICO

*invare via e-mail af.notarandrea@aci.it o in alternativa via fax
allo 06-44702225 e caricare nella sezione **INCIDENTI***

DENUNCIA DI INFORTUNIO

(compilazione a cura del Medico di gara)

COMPETIZIONE

Denominazione

Data competizione

Luogo

INFORTUNATO

Nome e cognome

luogo e data di nascita

Indirizzo

Recapiti telefonici

E-mail

Licenza N.

Categoria (1)

Se conduttore:

Numero di gara

1° Conduttore

2° Conduttore

Modello auto

Gruppo/Classe

INCIDENTE - LUOGO

Sezione di gara (2)

giorno

ora

postazione pista

pit lane (n. box riferimento)

paddock

prova speciale N.

Km.

condizioni meteo

tipologia terreno (3)

INCIDENTE - DINAMICA

TAMPONAVA UN ALTRO CONCORRENTE

VENIVA TAMPONATO DA ALTRO CONCORRENTE

IMPATTO LATERALE CON ALTRO CONCORRENTE

IMPATTO FRONTALE CON OSTACOLI/ BARRIERE DI

IMPATTO LATERALE CON OSTACOLI/ BARRIERE DI

RIBALTAMENTO (ANCHE MULTIPLO) DEL VEICOLO

ALTRO (SEGUE BREVE DESCRIZIONE)

MODALITA' DI SOCCORSO

- c GARA
- c PROVE UFFICIALI
- c PROVE LIBERE
- c BANDIERA GIALLA
- c BANDIERA ROSSA
- c SAFETY CAR

MEZZI DI SOCCORSO INTERVENUTI

- c MEDICAL CAR (Giro di ricognizione e 1° giro)
- c FAST CAR
- c CMR
- c AMBULANZA STANDARD
- c EQUIPE ESTRICAZIONE

VALUTAZIONE SANITARIA PRIMARIA

COSCIENZA

- c Alert
- c Verbal
- c Pain
- c Uncsciousness

VIE AEREE

- c Libere
- c Disostruite
- c Ostruite

RESPIRO

- c Eupnoico
- c Dispnoico
- c Assente

CIRCOLO

- c Polso periferico
- c Polso centrale

PARAMETRI VITALI

- c PA :
- c FC
- c SpO2 % :
- c GCS:

CURE PRIMARIE

ESTRICAZIONE

- c Rapida
- c KED
- c Kit FIA

IMMOBILIZZAZIONE

- c Rimozione casco
- c Collare cervicale
- c Tavola spinale
- c Materasso a depressione
- c Immobilizzazione fratture

TRATTAMENTO

- c Ossigeno
- c Accesso venoso
- c ALS
- c Decompressione pnx
- c Medicazione ustioni
- c Somministrati farmaci*
- c Nessuna cura

FARMACI E FLUIDI SOMMINISTRATI :

--

LESIONI APPARENTI / PRESUNTE

C = CONTUSIONE/ **A** = ABRASIONE/ **D** = DISTORSI/ **L** = LUSSAZ/ **F** = FRATT/
E = EMATOMA/ **U** = USTIONE/ **W** = FERITA
B = EMORRAGIA

<u>ARTO SUP</u>	<u>D</u>	<u>S</u>	<u>ARTO INF</u>	<u>D</u>	<u>S</u>	<u>COLONNA</u>	<u>ALTRA SEDE</u>	
CLAVICOLA			PELVI			CERVICALE	CRANIO	
SPALLA			FIANCO			TORACICA	FACCIA	
BRACCIO			FEMORE			LOMBARE	OCCHI	
OMERO			COSCIA			SACRO	TORACE	
GOMITO			GINOCCHIO			COCCIGE	COSTE	
AVAMBRACCIO			POLPACCIO				ADDOME	
RADIO / ULNA			TIBIA / PERONE			<u>ALTRE LESIONI :</u>		
POLSO			CAVIGLIA					
MANO			PIEDE					
DITA			DITA					

TRASPORTO DEL PILOTA COINVOLTO

c Centro Medico

c Centro Medico poi Ospedale

c Ospedale

c In Ambulanza

c In elicottero

c Non trasportato

Ospedale di destinazione :

Recapito telefonico:

E' stato dimesso subito dall'ospedale? Si No

E' stato trattenuto in ospedale per ulteriori accertamenti e/o trattamenti? Si N

(Allegare eventuale relazione)

DIAGNOSI FINALE

Prognosi gg. _____

(da indicare sempre)

IL MEDICO DI GARA _____ **LICENZA N.** _____

timbro e firma _____

Note

1) indicare categoria di licenza: conduttore, ufficiale di gara, ecc.

2) indicare secondo la tipologia di gara se prove, gara, manche, prova speciale, trasferimento, ecc.

3) indicare se terra, asfalto o ghiaccio

