

RAPPORT MEDICAL D'EPREUVE FFSA

NUMERO DE VISA :
NOM DE L'EPREUVE :

LIGUE :

CODE AS :

DISCIPLINE : Circuit ☐ Rallye ☐ Course de Côte ☐ Karting ☐ Autre ☐ ☐ COURSE ESSAI ☐
CATEGORIE :

ES N° : PK : PC N° : DATE : Heure :
Concurrent N° : Pilote/Copilote/ Officiel Spectateur/Autre (préciser) :

NOM : PRENOM : N° de Licence :

TM **CONDITION(S)** : Collision ☐ Problème mécanique ☐ Evitement d'un obstacle ☐
Collision personne ☐ Tonneau ☐ Choc dans protection dure (glissière - arbre - mur - poteau) ☐
Choc dans protections souples (Pneus - Tecpro - Mousse - Paille) ☐ Choc latéral- 3/4 -frontal - arrière ☐

BILAN HEMODYNAMIQUE

TA :
POULS :
AUTRE :

BILAN RESPIRATOIRE

FREQUENCE :
C COLORATION :
LESIONS COSTALES :
SAO2 :

NEURO BILAN INITIAL

TC : non ☐ oui ☐ durée :
PCI :
GLASGOW :
AUTRE :

LOCALISATION(S) APPARENTE(S), TYPE(S) DE BLESSURE(S) ET CAT :

INDIQUER PAR UNE LETTRE LE TYPE DE BLESSURE DANS LA OU LES CASES CORRESPONDANTES :

(C : CONTUSION) (D : DERMABRASION) (E : ENTORSE) (F : FRACTURE) (H : HEMATOME) (L : LUXATION) (P : PLAIE) (B : BRULURE)

MBRE SUP	D	G	MBRE INF	D	G	RACHIS	NEURO (cocher la case)
Clavicule			Hanche			Cervical	TC
Epaule			Fémur			Dorsal	PCI
Humérus			Genou			Lombaire	Trouble conscience
Coude			Rotule			Bassin	Anomalie neurologique
Radius			Tibia			AUTRES	CAT (cocher la case)
Cubitus			Péroné				
Poignet			Cheville			Abdomen	Traitement sur place
Scaphoïde			Pied			Thorax / Côtes	Evacuation urgente
Main / Doigts			Orteils			Face / Crâne	Evacuation non urgente
						Œil	Imagerie

SOINS SUR PLACE :

CENTRE MEDICAL :

EVACUATION :

GESTES FAITS :

DESINCARCERATION : oui / non

EXTRACTION : non ☐ oui ☐

Rapide ☐ semi rapide ☐ Ked ☐ Autre ☐

PERFUSIONS :

VENTILATION :

IMAGERIE :

Ambulance/VSAV :

Médicalisation : oui/non

SMUR ☐ HELICO ☐

Hôpital / Clinique de destination :

Téléphone

DIAGNOSTIC(S) EVOQUE (S) :

TRAITEMENT(S) :

CLASSIFICATION 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

1 : pas d'hospitalisation 2 : contrôle hospitalier 3 : intervention ou soins de plus de 21 jours à prévoir 4 : décès

INAPTE COMPETITION : OUI ☐ NON ☐ APTE A REPENDRE ☐ (Pas de Rétention de licence)

Nom du Médecin(s) Chef :

N° de licence :

Nom, adresse, téléphone et signature du Médecin intervenant

N° inscription Conseil de l'Ordre :