

**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- ¼ -frontal - arrière

BILAN HEMODYNAMIQUE	BILAN RESPIRATOIRE	NEURO BILAN INITIAL
TA : POULS : AUTRE :	FREQUENCE : C COLORATION : LESIONS COSTALES : SAO2 :	TC : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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			Thorax / Côtes	Evacuation urgente
Scaphoïde			Pied			Face / Crâne	Evacuation non urgente
Main / Doigts			Orteils			Œil	Imagerie

<b>SOINS SUR PLACE :</b>	<b>CENTRE MEDICAL :</b>	<b>EVACUATION :</b>
<b>GESTES FAITS :</b>	<b>PERFUSIONS :</b>	<b>Ambulance/VSAV :</b>
<b>DESINCARCERATION :</b> oui / non	<b>VENTILATION :</b>	<b>Médicalisation :</b> oui/non
<b>EXTRACTION :</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> semi rapide <input type="checkbox"/> Ked <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	<b>IMAGERIE :</b>	<b>SMUR</b> <input type="checkbox"/> <b>HELICO</b> <input type="checkbox"/>
<b>Hôpital / Clinique de destination :</b>	<b>Téléphone</b>	

<b>DIAGNOSTIC(S) EVOQUE (S) :</b>
<b>TRAITEMENT(S) :</b>
<b>CLASSIFICATION</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 : pas d'hospitalisation 2 : contrôle hospitalier 3 : intervention ou soins de plus de 21 jours à prévoir 4 : décès
<b>INAPTE COMPETITION :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <b>APTE A REPENDRE</b> <input type="checkbox"/> (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 :