

# MEDISINSK SKADERAPPORT



RAPPORTEN SKAL UTFYLLES FOR ALLE SOM HAR VÆRT TIL KONTROLL HOS MEDISINSK ANSVARLIG

ARRANGØR		ETTERNAVN	
LØPSDATO		FORNAVN	
ARR.LISENSNR.		ALDER	
BANE		LISENSNR.	
TYPE LØP		TELEFONNR.	
STEVNELEDER		JURYLEDER	

Kryss av her for kontroller UTEN skade og behandlingstiltak

JURYENS ANDEL AV SKADERAPPORTEN - SIGNERT AV

Årsak til hendelsen	Resultat av hendelsen	Skader på bil	Skadet sikkerhetsutstyr
<input type="checkbox"/> Påkjørt av deltaker	<input type="checkbox"/> Avkjøring	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Sikkerhetsbur
<input type="checkbox"/> Kjørte på deltaker	<input type="checkbox"/> Snurring	<input type="checkbox"/> Små	<input type="checkbox"/> Sikkerhetssele
<input type="checkbox"/> Presset deltaker	<input type="checkbox"/> Rundvelt	<input type="checkbox"/> Middels	<input type="checkbox"/> Førervindu
<input type="checkbox"/> Presset av deltaker	<input type="checkbox"/> Flere rundvelt	<input type="checkbox"/> Store	<input type="checkbox"/> Sikkerhetsnett
<input type="checkbox"/> Mekanisk feil	<input type="checkbox"/> Traff hindring i bane		<input type="checkbox"/> Hjelm
<input type="checkbox"/> Feil på banen	<input type="checkbox"/> Traff hindring utenfor		<input type="checkbox"/> Annet
<input type="checkbox"/> Førerfeil	<input type="checkbox"/> Annet		
<input type="checkbox"/> Annet			

## MEDISINSK ANSVARLIG ANDEL AV SKADERAPPORTEN

Skader på person	Skadet kroppsdel	Antatt skade	Behandling
<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Hode	<input type="checkbox"/> Nakkeskade	<input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> Mindre	<input type="checkbox"/> Ansikt	<input type="checkbox"/> Ledd/extremitet	<input type="checkbox"/> Observasjon
<input type="checkbox"/> Større	<input type="checkbox"/> Nakke	<input type="checkbox"/> Bruddskade ex.	<input type="checkbox"/> Sendt lege
<input type="checkbox"/> Livstruende	<input type="checkbox"/> Rygg	<input type="checkbox"/> Bløtdelsskade	<input type="checkbox"/> Sendt legevakt
<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Bryst / mage	<input type="checkbox"/> Nevrologisk skade	<input type="checkbox"/> Sendt sykehus
	<input type="checkbox"/> Underliv / bekken	<input type="checkbox"/> Kutt / sårskade	<input type="checkbox"/> Innlagt sykehus
	<input type="checkbox"/> Overextremitet	<input type="checkbox"/> Sanseorgan	<input type="checkbox"/> Annet
	<input type="checkbox"/> Underextremitet	<input type="checkbox"/> Brannskade	
	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Annet	

Sign. Med. Ansvarlig	Stevne-ambulanse	Medisinsk ansvarlig	Transportmetode
	<input type="checkbox"/> Fylkeskomm. 1 lin.	<input type="checkbox"/> Turnuskandidat	<input type="checkbox"/> Taxi
	<input type="checkbox"/> Privat 1. linje	<input type="checkbox"/> Sykehuslege	<input type="checkbox"/> Privatbil
<b>Blokkbokstaver</b>	<input type="checkbox"/> Annet 1. linje	<input type="checkbox"/> Kommunelege	<input type="checkbox"/> Stevneambulanse
	<input type="checkbox"/> Røde Kors HK	<input type="checkbox"/> Lege - annet	<input type="checkbox"/> 1. linje ambulanse
	<input type="checkbox"/> N Folkehjelp S.	<input type="checkbox"/> Sykepleier aneste.	<input type="checkbox"/> Legehelikopter
	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Sykepleier annet	<input type="checkbox"/> Annet
		<input type="checkbox"/> Amb. NOU 76/2	
		<input type="checkbox"/> Amb. Fagarbeider	

Notater fra med. Ansvarlig