

# 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 \_\_\_\_\_ Telefon nr. \_\_\_\_\_  
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"/> Hjelme
<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 kroppsdeler	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/ekstremitet	<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"/> Bløtdelskade	<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"/> o. extremitet (armer)	<input type="checkbox"/> Sanseorgan	<input type="checkbox"/> Annet
	<input type="checkbox"/> u. extremitet (ben/fot)	<input type="checkbox"/> Brannskade	
	<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Annet	

Sign. med. ansvarlig	Stevneambulans	Medisinsk Ansvarlig	Transportmetode
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Statlig 1 linje	<input type="checkbox"/> Turnuskandidat	<input type="checkbox"/> Taxi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Privat 1. linje	<input type="checkbox"/> Sykehuslege	<input type="checkbox"/> Privatbil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Annet 1. linje	<input type="checkbox"/> Kommunelege	<input type="checkbox"/> Stevneambulans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Røde Kors Hjelpekorps	<input type="checkbox"/> Lege annet	<input type="checkbox"/> 1. linje ambulans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Norsk Folkehjelp San.	<input type="checkbox"/> Sykepleier anestesi	<input type="checkbox"/> Legehelikopter
<input type="checkbox"/>	<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