



Fédération Internationale de Motocyclisme
11, route Suisse - CH-1295 Mies (Suisse)
E-Mail: cmi@fim.ch

QUESTIONNAIRE DE CIRCUIT PAR LE CSM 6 Jours d'Enduro

(Formulaire à compléter uniquement par le CSM)

Ce questionnaire doit être complété par le CSM (selon l'article 09.4.1 du Code Médical) et être renvoyé à la FIM par e-mail, deux mois avant la manifestation avec les annexes suivantes:

- 1) Un plan du circuit comprenant les postes de secours médicaux, le centre médical, les ambulances, la zone d'hélicoptère, les services du feu, etc.
- 2) Un plan du circuit indiquant les routes pour une évacuation urgente
- 3) Une confirmation de tous les hôpitaux impliqués
- 4) Confirmation écrite de la disponibilité du personnel médical pendant les essais et la course

Une copie de ce formulaire doit être remis avant la première du circuit au Directeur Médical FIM

Classe : N° IMN :

Circuit : Date :

Pays:

Chef du Service Médical :

N° Lic :

1) **Tous les services médicaux sont-ils sous le contrôle du Chef du Service Médical?** **OUI** **NON**

2) **Nombre total de personnel (Centre Médical, Piste)**

| | | |
|--|---|----------|
| Médecin (CSM inclus) | 0 | Jeudi |
| Infirmier/ère | 1 | Vendredi |
| Personne du paramédical (ou équivalente) | 2 | Samedi |
| Autre personnel médical | 3 | Dimanche |
| Brancardier | | |
| Chauffeur | | |
| Autre | | |
| Total | | |

(complétez le nombre)

| Jour | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--------|---|---|---|---|
| Nombre | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3) **Véhicules Type A1 = Véhicule médical d'intervention** **Nombre**

L'emplacement des véhicules est-il conforme au plan du circuit/ des postes ? **YES** **NO**

Médecin selon le Code Médical

Deuxième médecin, infirmier(ères) ou personne du paramédical ou équivalent selon le Code Médical

Chauffeur selon le Code Médical

Véhicules Type A2 = Véhicule médical d'intervention

L'emplacement des véhicules est-il conforme au plan du circuit/ des postes ? **YES** **NO**

Médecin selon le Code Médical

Infirmier(ères) ou personne du paramédical ou équivalent selon le Code Médical

Chauffeur selon le Code Médical

Equipement Médical

Alimentation en oxygène portable

Ventilateur manuel

Matériel pour intubation

Matériel pour aspiration

Matériel pour perfusion

Matériel pour immobiliser les membres et la colonne vertébrale (y compris collier cervical)

Pansements stériles

Electrocardioscope ECG et défibrillateur

Médicaments pour réanimation et analgésiques/liquides IV

Sphygmomanomètre et stéthoscope

Equipment Technique

Communication par radio avec le Directeur d'Epreuve et CSM

Signalisation visible et audible

Matériel pour enlever combinaisons et casques

Type de véhicule Quad Moto
Ambulance Voiture
Autre

Autres équipements

Toiles de protection/bâches

| | | | | |
|--|---------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4) Véhicules Type B1 | Nombre | <input type="text"/> | | |
| L'emplacement des véhicules est-il conforme au plan du circuit/ des postes? | | | OUI | NON |
| Médecin selon le Code Médical | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personnel selon le Code Médical | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Véhicules Type B2 | Nombre | <input type="text"/> | | |
| L'emplacement des véhicules est-il conforme au plan du circuit/ des postes? | | | OUI | NON |
| Médecin selon le Code Médical | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personnel selon le Code Médical | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equipment Medical | | | | |
| Alimentation en oxygène portable | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ventilateur manuel et automatique | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour intubation | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour aspiration | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour perfusion | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour immobiliser les membres et la colonne vertébrale (y compris collier cervical) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pansements stériles | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour drainage thoracique/Matériel de décompression | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour trachéotomie/Matériel chirurgical pour voies respiratoires | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sphygmomanomètre et stéthoscope | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brancard | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brancard cuiller | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Electrocardioscope ECG et défibrillateur | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oxymètre | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments pour réanimation et analgésiques/liquides IV | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equipment Technique | | | | |
| Communication par radio avec le Directeur d'Epreuve et CSM | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Signalisation visible et audible | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour enlever combinaisons et casques | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Air conditionné et réfrigérateur (recommandé) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Type de véhicule | | <input type="text"/> | | |

| | | | | |
|--|---------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5) Véhicules Type C | Nombre | <input type="text"/> | | |
| L'emplacement des véhicules est-il conforme au plan du circuit/ des postes? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personnel selon le Code Médical | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equipment Medical | | | | |
| Brancard | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentation en oxygène | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour immobiliser les membres et la colonne vertébrale | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments et matériels de premier secours | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equipment Technique | | | | |
| Communication radio avec Directeur d'Epreuve et CSM | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Signalisation visible et audible | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Type de véhicule | | <input type="text"/> | | |

ANNEXE F / 6 Jours d'Enduro

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6a) Personnel | | |
| Médecins, infirmier(ères), paramédic ou équivalent expérimentés en traitement d'urgence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brancardiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6b) Equipement Médical | | |
| Matériel pour la réanimation et les soins d'urgence initiaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colliers cervicaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brancard cuiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equipement Technique | | |
| Communication radio avec Direction de Course et CSM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Centre médical (obligatoire pour les 6 jours d'Enduro) | | |
| Y a-t-il un Centre Médical sur ce circuit selon le Code Médical ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Espace protégé duquel la presse et le public peuvent être exclus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zone d'accès facile pour les véhicules de premiers secours | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zone d'atterrissage pour l'hélicoptère à proximité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Une pièce assez grande pour traiter simultanément plus d'un coureur légèrement blessé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Séparation temporaire dans cette zone, par ex., rideau ou paravent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Communication radio avec la Direction de Course, le CSM, les ambulances et les postes de secours | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si le Centre Médical est alimenté par une ligne électrique normale, il doit aussi être reliée en permanence à son propre système d'alimentation ininterrompu (onduleur) (UPS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eau courante, chauffage, air conditionné et installations sanitaires appropriés au pays | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equipement de bureau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Container à ordures | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Remise pour le matériel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parking pour les ambulances | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7a) Equipement Médical | | |
| Equipement pour les zones de réanimations | | |
| Matériel pour intubation endotrachéale, trachéotomie et ventilateur, y compris systèmes d'aspiration, réserve d'oxygène et anesthésiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour accès intraveineux, y compris canules et matériel pour incision et cathéters pour le système veineux central et des liquides, y compris des substituts colloïdaux de plasma sanguin et des solutions cristalloïdes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour le drainage thoracique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour la surveillance cardiaque et réanimation cardiaque, y compris moniteur de tension artérielle, ECG, défibrillateur, mesure de la pression sanguine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel pour immobiliser la colonne vertébrale à tous les niveaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Attelles pour fractures des membres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments/liquides IV, y compris des analgésiques, sédatifs, anticonvulsifs, anesthésiques et médicaments de réanimation cardiaque/liquides IV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equipement pour la zone de blessures légères | | |
| La zone doit disposer de lits, de pansements, de matériel de suture et de liquides pour traiter simultanément jusqu'à trois coureurs légèrement blessés. Il doit y avoir assez de réserves pour réapprovisionner la zone pendant l'épreuve, ainsi que suffisamment de médecins, infirmiers(ères), et personnel du paramédical ou équivalent expérimenté en traumatisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANNEXE F / 6 Jours d'Enduro

7b) Personnel du centre médical

(complétez le nombre)

| | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|
| Jour | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|----------|
| Médecin | 1 | Mardi |
| Infirmier/ère | 2 | Mercredi |
| Personne du paramédical, secouriste ou équivalent | 3 | Jeudi |
| Brancardier | 4 | Vendredi |
| Chauffeur | 5 | Samedi |
| Autre | 6 | Dimanche |
| Total | | |

| | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Spécialistes au centre médical (avec mention de la spécialité)

| | | |
|---|-----|----|
| | yes | no |
| 1. Chirurgien expérimenté en traumatismes | | |
| 2. Spécialiste dans la réanimation des traumatismes | | |

Autres spécialistes

| | |
|----|--|
| 3. | |
| 4. | |

7c) Installations pour contrôles antidopage

OUI **NON**

7d) Véhicules pour transport à l'hôpital

Nombre

8) Hélicoptère

8a) Hélicoptère avec équipement médical

Nombre

Liquides et médicaments

Ventilateur

Oxygène

ECG/Défibrillateur

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8b) Personnel (spécifier)

(complétez le nombre)

| | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|
| Jour | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|------------------------------------|---|----------|
| Médecin | 1 | Mardi |
| Infirmier, paramédic ou équivalent | 2 | Mercredi |
| Pilote | 3 | Jeudi |
| Total | 4 | Vendredi |
| | 5 | Samedi |
| | 6 | Dimanche |

| | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

8c) Habillement du personnel médical conforme au Code Médical

OUI **NON**

Médecin

Infirmiers(ères), personnel paramédical ou équivalent

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9) Hôpitaux

| Type d'hôpital | Nom hôpital | coordonnées GPS | Temps pour l'hôpital | | Distance |
|-------------------------------|-------------|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | | Route min | Air min | |
| a) Hôpital local | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b) Chirurgie générale | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c) Orthopédie / Traumatologie | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ANNEXE F / 6 Jours d'Enduro

| Type d'hôpital | Nom hôpital | coordonnées GPS | Temps pour l'hôpital | | Distance km |
|------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | | Route min | Air min | |
| d) Neurochirurgie | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| e) Lésions vertébrales | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| f) Chirurgie Cardio-thoracique | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| g) Brûlures Chirurgie plastique | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| h) Chirurgie vasculaire | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| i) Microchirurgie | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Une carte routière d'accès aux hôpitaux est jointe OUI NON

10) Emplacement des médecins le long du parcours

Veillez indiquer l'emplacement de chaque médecin (CSM, 2,3,etc.) Rappel: indiquez uniquement une x dans chaque colonne (excepté lorsqu'il y a une astérisque (Type A1 et B1), veuillez indiquer le numéro du poste).

| Médecin (nombre) | CSM | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Direction de Course | | | | | | | | | | | |
| autre emplacement | | | | | | | | | | | |
| Type A1* | | | | | | | | | | | |
| Type B1* | | | | | | | | | | | |
| Centre Médical/ Art. 7d) | | | | | | | | | | | |

11) Le QUESTIONNAIRE DE CIRCUIT PAR LE CSM a été complété par le CSM OUI NON

Remarques :

12) Date :

Signature du CSM :