



Fédération Internationale de Motocyclisme
11, route Suisse - CH-1295 Mies (Suisse)
Fax (+41-22) 950 950 1

QUESTIONNAIRE DE CIRCUIT PAR LE CSM Enduro

(Formulaire à compléter par le CSM)

Le questionnaire ci-après doit être complété et retourné à la FIM au plus tard 2 mois avant la manifestation avec :

- 1) Un plan du circuit indiquant les routes pour une évacuation d'urgence
 - 2) Une confirmation écrite que les hôpitaux connaissent les horaires des essais et des courses et que les coureurs blessés seront soignés dans un délai minimum.
- Ce questionnaire doit également être remis à l'Inspecteur Médical FIM au moment de l'inspection.

Discipline	<input type="text"/>	IMN No.	<input type="text"/>
Circuit	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>		
CHEF DU SERVICE MEDICAL	<input type="text"/>		
	N° Licence	<input type="text"/>	

Discipline

IMN No.

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

2) **Nombre total de personnel** (complétez le nombre)

		Jour	0	1	2	3	4
Médecin (CSM inclus)	0	Jeudi					
Infirmier*(ère)	1	Vendredi					
Personne du paramédical (ou équivalente)	2	Samedi					
Autre personnel médical	3	Dimanche					
Brancardier	4	Lundi					
Chauffeur							
Autre (ex.: pilote)							
Total							

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

L'emplacement des véhicules est-il conforme au plan du circuit/des postes? **OUI** **NON**

Médecin selon le Code Médical

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

Chauffeur selon le Code Médical

Véhicules Type A2 = Medical Intervention Vehicle **Nombre**

Véhicule médical d'intervention

L'emplacement des véhicules est-il conforme au plan du circuit/des postes?

Médecin selon le Code Médical

Infirmier, personne du paramédical ou équivalent selon le Code Médical

Chauffeur selon le Code Médical

Équipement 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

Équipement Technique

Communication par radio avec Direction de Course et CSM

Signalisation visible et audible

Matériel pour enlever combinaisons et casques

Type de véhicule Quad Moto

Ambulance Voiture

Autre

Autre équipement

Toiles de protection/bâches

4) **Discipline** **IMN No.**
Véhicules Type B1 **Nombre**

	OUI	NON
L'emplacement des véhicules est-il conforme au plan du circuit/des postes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'emplacement des véhicules est-il conforme au plan du circuit/des postes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin selon le Code Médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel selon le Code Médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipement Médical

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel pour trachéotomie	<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"/>

Equipement Technique

Communication par radio avec Direction de Course 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"/>
Système d'air conditionné et réfrigérateur (recommandés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type de véhicule

5) **Véhicules Type C** **Nombre**

	YES	NO
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"/>

Equipement Médical

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 matériel de premier secours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipement Technique

Communication par radio avec Direction de Course et CSM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalisation visible et audible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type de véhicule

Discipline

IMN No.

6a) Personnel

Médecin, infirmier, personne du paramédical ou équivalent expérimentés dans les soins d'urgence

OUI

NON

6b) Equipement Médical

Matériel pour la réanimation et les soins d'urgence initiaux

Colliers cervicaux

Brancard cuiller

Equipement Technique

Communication par radio avec Direction de Course et CSM

7) Véhicules pour le transport à l'hôpital

Nombre

8) Habillement du personnel médical conforme au Code Médical

Médecin

Infirmier(ère), Personnel paramédical ou équivalent

9) Hôpitaux

Type d'hôpital	Nom de l'hôpital
----------------	------------------

Temps à l'hôpital	
Route	Air
min	min

Distance
km

a) Hôpital local	
------------------	--

b) Chirurgie générale	
-----------------------	--

Discipline		IMN No.			
Type d'hôpital	Nom de l'hôpital		Temps à l'hôpital		Distance
			Route	Air	km
			min	min	
c) Orthopédie / Traumatologie			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>

9) A route map to the hospitals is enclosed

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Positions des médecins autour de la piste

Veillez indiquer pour chaque médecin (CSM,2,3,...) où il/elle sera localisé(e). Veillez indiquer uniquement une x dans chaque colonne (sauf où il y a une astérisque (Type A1 et B1), veuillez indiquer le n° du poste

Médecin (nombre)	CSM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Contrôle de course											
Autre lieu											
Type A1*											
Type B1*											

Discipline

IMN No.

OUI

NON

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

Remarques :

- 12) **Date :**

Signature du CSM :