



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

QUESTIONNAIRE DE CIRCUIT PAR LE CSM MOTOCROSS /SUPERMOTO

(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 :

ANNEXE F MX

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, Spectateurs)**

(complétez le nombre)

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

3) **Véhicules Type A = 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

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

Signalisation visible et audible

Matériel pour enlever combinaisons et casques

Type de véhicule

Autres équipements

Toiles de protection/bâches

4) **Véhicules Type B** Nombre

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

Médecin selon le Code Médical

Personnel selon le Code Médical

ANNEXE F MX

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 la 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"/> |

Type de véhicule

5) **Postes de secours** **Nombre**

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

Un médecin expérimenté en réanimation et dans la gestion pré-hospitalière d'au traumatisme

Secouristes ou brancardiers

Au moins une personne du paramédical ou équivalent expérimenté en réanimation et dans la gestion pré-hospitalière d'un traumatisme

Deux secouristes ou brancardiers

Equipment médical

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Equipement pour commencer la réanimation et traitement d'urgence, y compris : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge des voies respiratoires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ventilateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contrôle d'hémorragie et assistance circulatoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colliers cervicaux (minerves) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dispositif de désincarcération - brancard de type Scoop ou planche dorsale ou équivalente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les dispositifs tels que « NATO » ou autre brancard en toile ne sont plus acceptables.

ANNEXE F MX

| | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Equipment (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 ou planche dorsale ou équivalente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equipment (Technique) | | |
| Communication par radio avec le CSM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre équipement | | |
| Toiles de protection/Bâches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Centre médical | | |
| Est-ce une structure permanente ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de pièces | <input type="text"/> | |
| zone en m2 | <input type="text"/> | |
| 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"/> |
| Approvisionnement en eau, chauffage, air-conditionné et sanitaires appropriés au pays | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parking pour les ambulances | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7a) Dimensions minimum et exigences pour les pièces | | |
| 1 salle de réanimation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ou | | |
| 2 salles de réanimation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7b) Equipement pour les Zones de Réanimation | | |
| 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 et ECG et défibrillateur | <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"/> |
| Le personnel est-il formé et qualifié? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7c) Existe-t-il une autre structure pour le traitement des coureurs blessés ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pièce, container ou tente (veuillez décrire/spécifier) - uniquement à compléter s'il n'y a pas de Centre Médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7d) **Personnel du centre médical**

(complétez le nombre)

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

| |
|---------------------------------------|
| Médecin |
| Infirmier/ère |
| Personne du paramédical ou équivalent |
| Secouriste |
| Brancardier |
| Chauffeur |
| Autre |
| Total |

- 0 Jeudi
- 1 Vendredi
- 2 Samedi
- 3 Dimanche

| | | | | |
|--------|--|--|--|--|
| 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. | |

8) **Véhicules pour transport à l'hôpital**

Nombre

9) **Moyens pour traverser la piste pendant la course**

| | | |
|--------|----------------------|----------------------|
| | OUI | NON |
| Tunnel | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pont | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

10) **Hélicoptère**

Hélicoptère avec équipement médical

Nombre

- Liquides et médicaments
- Ventilateur
- Oxygène
- ECG/Défibrillateur

| | | |
|----------------------|-----|-----|
| | OUI | NON |
| <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | | |

Personnel (spécifier)

| |
|---------------------------------------|
| Médecin |
| Personne du paramédical ou équivalent |
| Pilote |

- 0 Jeudi
- 1 Vendredi
- 2 Samedi
- 3 Dimanche

(complétez le nombre)

| | | | | |
|------|---|---|---|---|
| Jour | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Nbre | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

11) **Habillement du personnel médical conforme au Code Médical**

- Médecin
- Infirmiers(ères), personnel paramédical ou équivalent

| | | |
|----------------------|-----|-----|
| | OUI | NON |
| <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | | |

12) **Du personnel médical est-il prévu pour les spectateurs ?**

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

Personnel (spécifier)

| |
|------------------------------------|
| Médecin |
| Infirmier/ère |
| Personne du paramédical/équivalent |
| Secouriste |
| Brancardier |
| Chauffeur |
| Autre |
| Total |

- 0 Jeudi
- 1 Vendredi
- 2 Samedi
- 3 Dimanche

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

- 13) Installations pour contrôles antidopage OUI NON
- 14) Hôpitaux

| Type d'hôpital | Nom hôpital | coordonnées GPS | Temps pour l'hôpital | | Distance km |
|------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | | 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"/> |
| 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

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

Remarques :

Date :

Signature du CSM :