



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

QUESTIONNAIRE DE CIRCUIT PAR LE CSM SPEEDWAY

(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 présentant la situation médicale, le personnel médical, les ambulances, et les services du feu
- 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
- 5) Carte routière jusqu'à l'hôpital

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

Discipline : **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, Spectateurs)**

(complétez le nombre)

Jour	1	2
------	---	---

Médecin (CSM inclus)
Infirmiers(ères)
Personne du paramédical (ou équivalente)
Autre personnel médical
Chauffeur
Total

Nombre		

3) **Véhicules Type B1**
Véhicules Type B2

Nombre	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>

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

Médecin selon le Code Médical

Personnel médical selon le Code Médical

YES	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipement Médical

Brancard

Alimentation en oxygène portable

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

Médicaments et matériel pour premiers soins

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

Equipment Technique

Communication par radio avec le Directeur d'Epreuve et CSM (si possible)

Signalisation visible et audible

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

4) **Postes de secours**

Nombre

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

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

Personnel

Médecin, infirmier (ère), personne du paramédical expérimenté en soins d'urgence

Brancardiers

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

Equipement Médical

Matériel pour la réanimation et les soins d'urgence initiaux

Colliers cervicaux

Brancard cuiller

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

Equipment Technique

Communication par radio avec le Directeur d'Epreuve (si possible) et CSM

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

5) **Existe-t-il une autre structure pour le traitement des coureurs blessés ?**

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

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

Type C

Nombre

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

Médecin
Personnel paramédical ou équivalent

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

8) **Installations antidopage**

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

9) **Hôpitaux**

Type d'hôpital	Nom de l'hôpital	Coordonnées GPS	Temps pour l'hôpital		Distance
			Route min	Air min	km
a) Hôpital local			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Chirurgie générale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Orthopédie / Traumatologie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le QUESTIONNAIRE DE CIRCUIT PAR LE CSM a été complété par le CSM
Le service médical est conforme à l'art. 09.7.6 du Code Médical

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

Remarques :

Date :

Signature du CSM :