



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 ?

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

Médecin selon le Code Médical

Personnel médical selon le Code Médical

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 :