



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

QUESTIONNAIRE MEDICAL DE CIRCUIT TRIAL

(Formulaire à compléter uniquement par le Médecin en charge)

Ce questionnaire doit être complété par le Directeur Médical (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 des sections comprenant le personnel médical, les ambulances et le service du feu
- 2) Un plan des sections indiquant les routes pour une évacuation urgente
- 3) Une confirmation de tous les hôpitaux impliqués
- 4) Confirmation écrite du Médecin en charge concernant la disponibilité du personnel médical pendant la manifestation
- 5) Cartes routières pour se rendre aux hôpitaux

Une copie de ce formulaire doit être remis au Représentant Médical FIM avant la première inspection des sections

Discipline : **N° IMN :**

Circuit : **Date :**

Pays:

Médecin en charge

N° Lic (si existante) :

1) **Tous les services médicaux sont-ils sous le contrôle du Médecin en charge ?** **OUI** **NON**

2) **Nombre total de personnel pendant la manifestation**

(complétez le nombre)

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

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

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

NOTE: si la distance entre les les sections est considérable, prévoir des médecins supplémentaires avec un équipement d'urgence adéquat

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

	YES	NO
Médecin (s) selon le Code Médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmiers(ères), personnes du paramédical selon le Code Médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chauffeur selon le Code Médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipement (Médical)

Alimentation en oxygène portable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilateur manuel	<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"/>
Electrocardioscope ECG et défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments pour réanimation et analgésiques/liquides IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sphygmomanomètre et stéthoscope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipment (Technique)

Communication par radio	<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

4) **Véhicules Type C (ambulance)** **Nombre**

	OUI	NON
L'emplacement des véhicules est-il conforme au plan des sections ?	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oxymètre

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

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

Médicaments et matériel de premiers secours

Equipment (Technique)

Communication par radio avec le médecin en charge

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

Signalisation visible et audible

5) **Postes de secours (si nécessaire)**

Nombre

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

L'emplacement du personnel est-il conforme au plan des sections ?

Personnel

Médecin ou personne du paramédical expérimenté en soins d'urgence

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

Brancardiers

Equipment Médical

Matériel pour la réanimation et les soins d'urgence initiaux

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

Colliers cervicaux

Brancard cuiller

Equipment Technique

Communication par radio avec le Médecin en charge

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

6) **Existe-t-il une 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"/>
--------------------------	--------------------------

--

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

Nombre

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

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

9) **Installations antidopage**

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

10) Hôpitaux

Type d'hôpital	Nom de l'hôpital	coordonnées GPS	Temps pour l'hôpital		Distance
			Route	Air	
			min	min	km
a) Hôpital local					
b) Chirurgie générale					
c) Orthopédie / Traumatologie					

Le QUESTIONNAIRE MEDICAL DE CIRCUIT a été complété par le MEDECIN EN CHARGE
Le service médical est conforme au Code Médical

Remarques :

Date :

Signature du Médecin en charge :