Del 1: Fylls i av gymnast och/eller tränare

Tävling och klass:_____ Datum:_____

Ort: _____
Tidpunkt skadan skedde :_____

Födelseår på gymnast (åååå):_____ Kön: □ Kvinna □ Man

Skadetillfälle:
□ Fri förträning/uppvärmning
□ Förträning
□ Tävling
□ Början
□ Mitten
□ Slutet

Tävlingsgren:_____

Övning som utfördes då skadan skedde:_____

Din bedömning av säkerhet på övningen som utfördes:
□ Mycket säker
□ Säker
□ Osäker

Del 2: Fylls i av sjukvårdare

Sjukvårdarnas bedömning på skada:
□ Akut skada
□ Överbelastning
□ Tidigare skada på samma kroppsdel

Skadad kroppsdel:_____

□ Översträckning
□ Vridvåld/torsion
□ Kompression
□ Annat:_____

Skadans allvarlighetsgrad:
□ Lindrig

□ Allvarlig
□ Vet ej

Akut Behandling:
□ ”PRICE” (skydda, vila, kyla, tryck, högläge)
□ Fixation (stabilisering)
□ Reponering (justering/tillrättaläggande)
□ Annan behandling, vad?:_____

Har transport till vårdinrättning skett?
□ Ja
□ Nej
□ Vet ej

Transport skedde med:
□ Privat transport
□ Ambulanstransport
□ Vet ej

Till vilken vårdinrättning sker transporten (om det är känt):

_____

Namn på dig som medicinsk ansvarig: _____

Övrigt att anteckna:

_____

_____

_____

VIKTIGT: Efter att denna blankett är ifylld måste den i sin tur föras in i en digitalversion för att Gymnastikförbundets statistik ska överensstämma.
Den finner du här: https://response.questback.com/gymnastikfrbundetst/tradmt20