



FEDERAZIONE ITALIANA
SPORT INVERNALI

Commissione Nazionale Giudici di Gara e Omologazioni Piste

COMPOSIZIONE GIURIA	
Delegato Tecnico:	
Indirizzo:	
n. tel.	Cell.
n. tessera FIS:	
Arbitro:	
Indirizzo:	
n. tel.	Cell.
n. tessera FIS:	
Direttore Di Gara:	
Indirizzo:	
n. tel.	Cell.
n. tessera FIS:	

INFORMAZIONI EVENTO
Luogo:
Data:
Sci club:
Numero gara:
Specialità: <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> CA
N. omologazione:
Nome pista:

INFORMAZIONI INFORTUNATO
<input type="checkbox"/> Atleta <input type="checkbox"/> Apripista <input type="checkbox"/> Ufficiale di gara <input type="checkbox"/> Spettatore <input type="checkbox"/> Controllo porte <input type="checkbox"/> Altro
Nome e Cognome:
Data di nascita:
Indirizzo:
Codice atleta: n. tessera:
Sci club:

INFORMAZIONI SULL'INCIDENTE: da compilarsi preferibilmente insieme all'fortunato e/o alla squadra del soccorso. Parti del corpo interessate (possibile scelta multipla)
<input type="checkbox"/> Testa/faccia
<input type="checkbox"/> Collo/cervicale/spina dorsale
<input type="checkbox"/> Spalla /clavicola
<input type="checkbox"/> Avambraccio (anche polso)
<input type="checkbox"/> Braccio parte alta (dal gomito alla spalla)
<input type="checkbox"/> Gomito
<input type="checkbox"/> Petto
<input type="checkbox"/> Mano/dita/ (indicare quale dito)
<input type="checkbox"/> Sterno
<input type="checkbox"/> Addome
<input type="checkbox"/> Osso sacro, zona pelvica o parte bassa schiena
<input type="checkbox"/> Anca
<input type="checkbox"/> Coscia
<input type="checkbox"/> Ginocchio
<input type="checkbox"/> Tendine di Achille
<input type="checkbox"/> Caviglia
<input type="checkbox"/> Piede/dita del piede
<input type="checkbox"/> Tibia e/o perone

<input type="checkbox"/> Inguine
<input type="checkbox"/> Bacino
Lato del corpo (possibile scelta multipla)
<input type="checkbox"/> Destro
<input type="checkbox"/> Sinistro
<input type="checkbox"/> Non applicabile

TIPO DI INFORTUNIO (possibile scelta multipla)
<input type="checkbox"/> Frattura o problema osseo
<input type="checkbox"/> Legamenti o giunzioni (non osseo)
<input type="checkbox"/> Muscoli o tendini
<input type="checkbox"/> Contusioni
<input type="checkbox"/> Lacerazioni o lesioni alla pelle
<input type="checkbox"/> Sistema nervoso.

CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO
<input type="checkbox"/> Competizione
<input type="checkbox"/> Allenamento ufficiale

TIPO DI NEVE (possibile scelta multipla)
<input type="checkbox"/> Neve naturale
<input type="checkbox"/> Neve artificiale

CONDIZIONI DELLA NEVE IN PISTA (possibile scelta multipla)
<input type="checkbox"/> Ghiacciata
<input type="checkbox"/> Soffice
<input type="checkbox"/> Compatta
<input type="checkbox"/> Barrata
<input type="checkbox"/> Modificata da sostanze chimiche (sale, solfato...)

CONDIZIONI METEO
<input type="checkbox"/> Sereno
<input type="checkbox"/> Nuvoloso
<input type="checkbox"/> Nevicata in corso
<input type="checkbox"/> Pioggia in corso
<input type="checkbox"/> Nebbia
<input type="checkbox"/> Visibilità piatta
<input type="checkbox"/> Luce artificiale

CONDIZIONI DEL VENTO
<input type="checkbox"/> Assenza di vento
<input type="checkbox"/> Vento moderato
<input type="checkbox"/> Vento forte

VIDEO
<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Video TV disponibile
<input type="checkbox"/> Altro video

Indicare nome, cognome, indirizzo, numero telefono, e.mail del possessore del video per ottenerne un'eventuale copia.

Nome:
Indirizzo:
Telefono:
E. Mail:

DESCRIZIONE DIAGNOSI SPECIFICA, DA DESUMERSI DA EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO (DA ALLEGARE AL PRESENTE REFERTO)
--

Compilare anche il retro del presente modulo

