

Del 1: Fylls i av gymnast och/eller tränare

Tävling och klass: _____

Datum: _____

Ort: _____

Tidpunkt skadan skedde: _____

Födelseår på gymnast (åååå): _____

Kön: Kvinna Man Icke-binär Föredrar att inte uppge

Skadetillfälle:

Fri förträning/uppvärmning Början

Förträning Mitten

Tävlning Slutet

Tävlingsgren: _____

Övning som utfördes då skadan skedde: _____

Din bedömning av säkerhet på övningen som utfördes:

Mycket säker

Säker

Osäker

Mycket osäker

Del 2: Fylls i av sjukvårdare

Sjukvårdarens 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 överensstämna. **Den finner du här:** <https://response.questback.com/gymnastikforbundetst/trupp22>

