

**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:**

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fri förträning/uppvärmning | <input type="checkbox"/> Början |
| <input type="checkbox"/> Förträning                 | <input type="checkbox"/> Mitten |
| <input type="checkbox"/> Tävlning                   | <input type="checkbox"/> 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**

**Sjukvårdars 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/tillrättaliggande)
- 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/gymnastikforbundetst/kvag19>