

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:

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

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/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/kvag22>

