

فدراسیون پزشکی ورزشی جمهوری اسلامی ایران



فدراسیون پزشکی ورزشی جمهوری اسلامی ایران

شماره:

تاریخ:

پیوست:

هیئت پزشکی ورزشی استان

«فرم گزارش حادثه ورزشی»

نسخه شماره ۱

تاریخ صدور کارت

تاریخ وقوع حادثه:

استان و شهر محل وقوع حادثه: ورزشگاه/بازگاه محل وقوع حادثه: /.....

نام و نام خانوادگی مصدوم:

رشته ورزشی منجر به آسیب:

شماره تلفن مصدوم:

آسیب در چه وضعیتی اتفاق افتاده است (لطفاً موارد ۱ و ۲ را به تفکیک علامت بزنید)

-۱ حین مسابقه حین تمرین سایر موارد

-۲ در اثر برخورد مستقیم (باتوب، بازیکن، دروازه، زمین و ...) غیر برخوردی

سطح مسابقه (لطفاً علامت بزنید) استانی بین المللی کشوری سایر موارد

توضیحات:

عضو آسیب دیده (لطفاً با توجه به سمت آسیب ها در مربع یا مربع های مربوطه علامت بزنید)

سر و گردن	اندام فوکانی	اندام تحتانی	تنه و ستون فقرات
<input type="checkbox"/> راست چپ	<input type="checkbox"/> راست چپ	<input type="checkbox"/> راست چپ	<input type="checkbox"/> راست چپ
<input type="checkbox"/> سر	<input type="checkbox"/> شانه	<input type="checkbox"/> لگن	<input type="checkbox"/> قفسه سینه
<input type="checkbox"/> صورت	<input type="checkbox"/> ترقوه	<input type="checkbox"/> کشاله ران	<input type="checkbox"/> قلب و ریه
<input type="checkbox"/> گونه	<input type="checkbox"/> بازو	<input type="checkbox"/> مفصل ران	<input type="checkbox"/> شکم
<input type="checkbox"/> بینی	<input type="checkbox"/> آرنج	<input type="checkbox"/> ران	<input type="checkbox"/> پهلو
<input type="checkbox"/> چشم	<input type="checkbox"/> ساعد	<input type="checkbox"/> زانو	<input type="checkbox"/> پشت
<input type="checkbox"/> گوش	<input type="checkbox"/> مج دست	<input type="checkbox"/> ساق	<input type="checkbox"/> کمر
<input type="checkbox"/> فک فوکانی	<input type="checkbox"/> کف دست	<input type="checkbox"/> مج پا	<input type="checkbox"/> اندام تناسلی
<input type="checkbox"/> فک تحتانی	<input type="checkbox"/> انگشتان	<input type="checkbox"/> پاشنه پا	<input type="checkbox"/> مهره های گردنی
<input type="checkbox"/> لب	<input type="checkbox"/> اندام	<input type="checkbox"/> کف پا	<input type="checkbox"/> مهره های پشتی
<input type="checkbox"/> دندان	<input type="checkbox"/> انگشتان	<input type="checkbox"/> اندام	<input type="checkbox"/> مهره های کمری
<input type="checkbox"/> گردن			<input type="checkbox"/> استخوان خاجی و دنبالچه

شرح حادثه و وضعیت مصدوم:

امضاء ورزشکار

نام و نام خانوادگی پزشک یا کادر پزشکی
مندرجات فوق مورد تائید است.

محل مهر و امضاء

هیئت پزشکی ورزشی استان	هیئت پزشکی ورزشی شهرستان	مسئول باشگاه / سرپرست مسابقات
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
محل مهر و امضاء	محل مهر و امضاء	محل مهر و امضاء

تذکر: (این برگه بدون درج شماره، امضاء و مهر هیئت پزشکی ورزشی استان فاقد اعتبار است.

قبل از تکمیل فرم به مندرجات پشت نسخه اول توجه نمایید.