

****PIANO DI EMERGENZA SANITARIA****

(velocità in salita, slalom, f. challenge, velocità su terra, fuoristrada velocità)

**da compilare a cura dell'organizzatore e da sottoporre per l'approvazione al MEDICO FEDERALE CSAI REGIONALE entro un mese dalla data di effettuazione della gara (art. 1.2, N.S.6, cap IV). Copia del piano di emergenza approvato deve essere allegato all'incartamento di chiusura (compilare in ogni parte e barrare ove non interessa), possono essere aggiunte ulteriori pagine da numerare con bis. Per ALTRE MANIFESTAZIONI, non qui previste, il piano di emergenza va concordato con la CSAI di volta in volta, sentito il Medico Federale CSAI competente.

Manifestazione.....
Svolgentesi adal.....al.....
Organizzatore CSAI..... lic. n°
Recapiti: telefono:.....fax.....mail.....
Tipologia della manifestazione.....
Titolazione: FIA / CSAI (indicare il titolo):.....
Percorso: daa.....km. totali.....
Medico Capo del Servizio Sanitario :
Dott.recapito in gara.....
Eventuale Collaboratore del Medico Capo:
Dott.recapito in gara.....
Direttore di Gara: Sig.recapito in gara.....
Responsabile Sicurezza: Sig.recapito in gara.....
Responsabile Ambulanze: Sig.recapito in gara.....
Il personale sanitario è identificabile mediante.....
Direzione di Gara: presso
.....tel.....fax.....

1. SISTEMA DI COMUNICAZIONE

Il servizio sanitario lungo il percorso è collegato con la Direzione di Gara a mezzo (cancellare ove non interessa):

a) rete propria indipendente

b) la stessa rete degli altri servizi di gara

Il **personale Medico** in servizio sul percorso comunicherà con il Medico Capo mediante il seguente codice:

CODICE 3 (stato di eccezionale gravità, necessità di assistenza cardiorespiratoria)

CODICE 2 (stato di media gravità, non necessita di assistenza cardiorespiratoria, ma serve il Medico)

CODICE 1 (stato di non gravità, non necessità di assistenza medica)

CODICE 4 (exitus)

Il **personale Medico** riceverà istruzioni operative direttamente dal Medico Capo del servizio di emergenza sanitaria e, non appena avrà preso contatto con l'eventuale infortunato, comunicherà immediatamente il CODICE DI GRAVITA' per le necessarie conseguenti decisioni operative.

All'arrivo presso il Pronto Soccorso, il Medico o il Capo Ambulanza, provvederà a prendere contatto telefonico con il Medico Capo presso la Direzione di Gara e riceverà le successive istruzioni.

Per ogni intervento è richiesta la compilazione di un semplice rapportino che contenga i dati anagrafici della persona soccorsa, l'orario di intervento, i primi elementi raccolti per la diagnosi: tale rapportino andrà poi consegnato al Medico Capo al termine del servizio.

1

Piano di Emergenza Sanitaria della manifestazione:.....del.....
f0b8

2. STRUTTURE SANITARIE ALLERTATE

2.1 - E' stato allertato il servizio territoriale 118 competente per le provincie:.....

2.2 - L'elenco seguente indica gli Ospedali allertati con i relativi *servizi attivi anche durante la notte ed i giorni pre festivi e festivi* :

A. OSPEDALE.....valido per codici di gravità.....

Pronto Soccorso tel.....

ELISUPERFICIE SI NO

RIANIMAZIONE SI NO

LABORATORIO ANALISI SI NO

ORTOPEDIA SI NO

CHIRURGIA SI NO

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SI NO

NEUROCHIRURGIA SI NO

CENTRO USTIONI SI NO

Altre notizie utili:

.....

B. OSPEDALE.....valido per codici di gravità.....

Pronto Soccorso tel.....

ELISUPERFICIE SI NO

RIANIMAZIONE SI NO

LABORATORIO ANALISI SI NO

ORTOPEDIA SI NO

CHIRURGIA SI NO

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SI NO

NEUROCHIRURGIA SI NO

CENTRO USTIONI SI NO

Altre notizie utili:

.....

C. OSPEDALE.....valido per codici di gravità.....

Pronto Soccorso tel.....

ELISUPERFICIE SI NO

RIANIMAZIONE SI NO

LABORATORIO ANALISI SI NO

ORTOPEDIA SI NO

CHIRURGIA SI NO

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SI NO

NEUROCHIRURGIA SI NO

CENTRO USTIONI SI NO

Altre notizie utili:

.....

2

Piano di Emergenza Sanitaria della manifestazione:.....*del*.....

f0b8

D. OSPEDALE.....valido per codici di gravità.....

Pronto Soccorso tel.....

ELISUPERFICIE SI NO

RIANIMAZIONE SI NO

LABORATORIO ANALISI SI NO

ORTOPEDIA SI NO

CHIRURGIA SI NO

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SI NO
NEUROCHIRURGIA SI NO
CENTRO USTIONI SI NO

Altre notizie utili:

.....
E. **OSPEDALE**.....valido per codici di gravità.....

Pronto Soccorso tel.....

ELISUPERFICIE SI NO

RIANIMAZIONE SI NO

LABORATORIO ANALISI SI NO

ORTOPEDIA SI NO

CHIRURGIA SI NO

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SI NO

NEUROCHIRURGIA SI NO

CENTRO USTIONI SI NO

Altre notizie utili:

.....
F. **OSPEDALE**.....valido per codici di gravità.....

Pronto Soccorso tel.....

ELISUPERFICIE SI NO

RIANIMAZIONE SI NO

LABORATORIO ANALISI SI NO

ORTOPEDIA SI NO

CHIRURGIA SI NO

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SI NO

NEUROCHIRURGIA SI NO

CENTRO USTIONI SI NO

Altre notizie utili:

.....

3

Piano di Emergenza Sanitaria della manifestazione:.....*del*.....
f0b8

3. MEZZI DI SOCCORSO

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE

T.V. = AMBULANZA TRASPORTO

F.V. = MEZZO VELOCE

M.V. = AUTOMEDICA

E.V. = VEICOLO TEAM DI ESTRICAZIONE

Indicare ubicazione dei mezzi, sigla identificativa + nr. radiomobile se possibile, nominativo del

Medico:

3.1 ELIAMBULANZA:

UBICAZIONE: (sigla).....Dott.

Attivazione mediante:

.....

3.2-AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (R.V.):

UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....

UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....

UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....

UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....

UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....

UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (R.V.) (sigla).....tel.....Dott.....

3.3-AMBULANZA TRASPORTO :

UBICAZIONE..... (T.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (T.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (T.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (T.V.) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (T.V.) (sigla).....tel.....Dott.....

3.4-ALTRI MEZZI (E.V.=unità di estricazione / M.V.= automedica / F.V.= mezzo veloce)

UBICAZIONE..... (.....) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (.....) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (.....) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (.....) (sigla).....tel.....Dott.....
 UBICAZIONE..... (.....) (sigla).....tel.....Dott.....

4

Piano di Emergenza Sanitaria della manifestazione:.....del.....
 r0b8

4. **DISTRIBUZIONE DEI MEZZI LUNGO IL PERCORSO

**** (velocità in salita, slalom, f. challenge, vel. su terra, fuoristrada velocità)**

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE

T.V. = AMBULANZA TRASPORTO

F.V. = MEZZO VELOCE

M.V. = AUTOMEDICA

E.V. = VEICOLO TEAM DI ESTRICAZIONE

Percorso di gara:

il..... dalle ore..... Km.....

il..... dalle ore..... Km.....

il..... dalle ore..... Km.....

START:

F.V. = MEZZO VELOCE (sigla).....tel.....
 Dott.....

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (sigla).....tel.....
 Dott.....

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (Riserva) (sigla).....tel.....
 Dott.....

T.V. = AMBULANZA TRASPORTO (sigla).....tel.....
 Dott.....

M.V. = AUTOMEDICA (sigla).....tel.....
 Dott.....

E.V. = VEICOLO TEAM DI ESTRICAZIONE (sigla)..... tel.....
 Dott.....

Rendez-vous elicottero/ambulanza: coordinate geografiche.....

Altre notizie utili.....

Postazione Nr.....Km.....

F.V. = MEZZO VELOCE (sigla).....tel.....

Dott.....

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (sigla).....tel.....

Dott.....

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (Riserva) (sigla).....tel.....

Dott.....

T.V. = AMBULANZA TRASPORTO (sigla).....tel.....

Dott.....

M.V. = AUTOMEDICA (sigla).....tel.....

Dott.....

E.V. = VEICOLO TEAM DI ESTRICAZIONE (sigla)..... tel.....

Dott.....

Rendez-vous elicottero/ambulanza: coordinate geografiche.....

Altre notizie utili.....

5

Piano di Emergenza Sanitaria della manifestazione:.....del.....

f0b8

Postazione Nr.....Km.....

F.V. = MEZZO VELOCE (sigla).....tel.....

Dott.....

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (sigla).....tel.....

Dott.....

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (Riserva) (sigla).....tel.....

Dott.....

T.V. = AMBULANZA TRASPORTO (sigla).....tel.....

Dott.....

M.V. = AUTOMEDICA (sigla).....tel.....

Dott.....

E.V. = VEICOLO TEAM DI ESTRICAZIONE (sigla)..... tel.....

Dott.....

Rendez-vous elicottero/ambulanza: coordinate geografiche.....

Altre notizie utili.....

Postazione Nr.....Km.....

F.V. = MEZZO VELOCE (sigla).....tel.....

Dott.....

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (sigla).....tel.....

Dott.....

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (Riserva) (sigla).....tel.....

Dott.....

T.V. = AMBULANZA TRASPORTO (sigla).....tel.....

Dott.....

M.V. = AUTOMEDICA (sigla).....tel.....

Dott.....

E.V. = VEICOLO TEAM DI ESTRICAZIONE (sigla)..... tel.....

Dott.....

Rendez-vous elicottero/ambulanza: coordinate geografiche.....

Altre notizie utili.....

Postazione Nr.....Km.....

F.V. = MEZZO VELOCE (sigla).....tel.....

Dott.....

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (sigla).....tel.....

Dott.....

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE (Riserva) (sigla).....tel.....

Dott.....

T.V. = AMBULANZA TRASPORTO (sigla).....tel.....

Dott.....

M.V. = AUTOMEDICA (sigla).....tel.....

Dott.....

E.V. = VEICOLO TEAM DI ESTRICAZIONE (sigla)..... tel.....

Dott.....

Rendez-vous elicottero/ambulanza: coordinate geografiche.....

Altre notizie utili.....

6

Piano di Emergenza Sanitaria della manifestazione:.....del.....

f0b8

5. DICHIARAZIONE FINALE E SOTTOSCRIZIONE DEL DOCUMENTO

L'Organizzatore.....

Dichiara

a) di aver attentamente contemperato le esigenze della manifestazione alle norme sportive vigenti, in particolare a quanto previsto dalla NS6, nei suoi vari articoli;

b) di aver provveduto in data..... alla richiesta del Medico Capo del servizio sanitario di gara (NS6- Cap. IV – art.1),

c) di aver predisposto, in accordo con il Direttore di Gara, Sig.....tel..... il presente piano di emergenza sanitaria che consta di nr.....pagine, cui sono stati allegati i seguenti documenti (cancellare ove non interessa):

-programma orario della manifestazione

-tabella distanze e tempi

-piantina del percorso

-altri documenti.....

In fede, lì.....

Timbro e firma leggibile

del Legale Rappresentante.....

6. APPROVAZIONE DEL MEDICO FEDERALE CSAI

Il presente piano di emergenza sanitaria, composto da nr..... pagine, oltre gli allegati dichiarati, è stato ricevuto il..... e viene approvato dal Medico Federale CSAI.....

Dott.....con le seguenti osservazioni ed eventuali rettifiche:

Data.....

Il Medico Federale CSAI.....

Dott.....

7

Piano di Emergenza Sanitaria della manifestazione:.....del.....