

فدراسیون پزشکی ورزشی جمهوری اسلامی ایران

هیئت پزشکی ورزشی استان

«فرم گزارش حادثه ورزشی»



کد ملی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نسخه شماره ۱

شماره:

تاریخ:

پیوست:

تاریخ صدور کارت / / ۱۳

تاریخ وقوع حادثه: / / ۱۳

استان و شهر محل وقوع حادثه: / ورزشگاه/باشگاه محل وقوع حادثه:

رشته ورزشی منجر به آسیب: شماره تلفن مصدوم:

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

۱- ☐ حین مسابقه ☐ حین تمرین ☐ سایر موارد

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

سطح مسابقه (لطفا علامت بنزید) ☐ استانی ☐ کشوری ☐ بین المللی ☐ سایر موارد

توضیحات:

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

سر و گردن	اندام فوقانی	اندام تحتانی	تنه و ستون فقرات
راست چپ سر ☐ ☐ صورت ☐ ☐ گونه ☐ ☐ بینی ☐ چشم ☐ ☐ گوش ☐ ☐ فک فوقانی ☐ ☐ فک تحتانی ☐ ☐ لب ☐ ☐ دندان ☐ ☐ گردن ☐ ☐	راست چپ شانه ☐ ☐ ترقوه ☐ ☐ بازو ☐ ☐ آرنج ☐ ☐ ساعد ☐ ☐ مچ دست ☐ ☐ کف دست ☐ ☐ انگشتان ☐ ☐	راست چپ لگن ☐ ☐ کشاله ران ☐ ☐ مفصل ران ☐ ☐ ران ☐ ☐ زانو ☐ ☐ ساق ☐ ☐ مچ پا ☐ ☐ پاشنه پا ☐ ☐ کف پا ☐ ☐ انگشتان ☐ ☐	راست چپ قفصه سینه ☐ ☐ قلب و ریه ☐ شکم ☐ ☐ پهلوی ☐ ☐ پشت ☐ ☐ کمر ☐ ☐ اندام تناسلی ☐ مهره های گردنی ☐ مهره های پستی ☐ مهره های کمری ☐ استخوان خاجی و دنبالچه ☐

شرح حادثه و وضعیت مصدوم:

.....

.....

.....

امضاء ورزشکار

نام و نام خانوادگی پزشک یا کادر پزشکی: محل مهر و امضاء

مندرجات فوق مورد تأیید است.

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