

فدراسیون پزشکی ورزشی جمهوری اسلامی ایران



هیئت پزشکی ورزشی استان

«فرم گزارش حادثه ورزشی»

نسخه شماره ۲

کد ملی:

شماره:

تاریخ:

پیوست:

نام و نام خانوادگی مصدوم: تاریخ صدور کارت: / /

تاریخ وقوع حادثه: / /

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 بزنید)

۱- ☐ حین مسابقه ☐ حین تمرین ☐ سایر موارد

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

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

توضیحات:

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

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

مسئول باشگاه / سرپرست مسابقات	هیئت پزشکی ورزشی شهرستان	هیئت پزشکی ورزشی استان
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.