

PIANO DI EMERGENZA SANITARIA KARTING

Da compilare a cura dell'organizzatore e da sottoporre per l'approvazione al Medico Federale Regionale ACI o dal Medico Federale Responsabile dell'Impianto, nei termini previsti dal Regolamento Sportivo. Copia del Piano di Emergenza approvato deve essere inserito nell'incartamento di chiusura. Compilare in ogni parte e barrare ove non interessa.

Manifestazione denominata.....
Svolgentesi dal.....al.....
Organizzatore ACI.....
Licenza n. °.....
Segreteria: tel., e-mail
Medico Capo del Servizio Sanitario - Dott. recapito
cellulare.....(deve essere reperibile in sede di gara)
Eventuale Collaboratore del Medico Capo - Dott. recapito
cellulare.....(deve essere reperibile in sede di gara)
Direttore di Gara: Sig. recapito
cellulare.....(deve essere reperibile in sede di gara)
Responsabile Ambulanze - Dott. recapito
cellulare.....(deve essere reperibile in sede di gara)
Il personale sanitario è identificabile mediante.....
Direzione di Gara: tel.....cellulare.....e-mail.....
Coordinate geografiche elisuperficie dell'impianto:.....

1. SISTEMA DI COMUNICAZIONE

Il servizio sanitario lungo il percorso è collegato con la Direzione 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.

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:

.....

3. MEZZI DI SOCCORSO

R.V. = AMBULANZA ATTREZZATA RIANIMAZIONE

T.V. = AMBULANZA TRASPORTO

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.....

UBICAZIONE.....

3.3-AMBULANZA TRASPORTO :

UBICAZIONE:

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

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

4. DICHIARAZIONE FINALE E SOTTOSCRIZIONE DEL DOCUMENTO

L'Organizzatore.....

Dichiara:

- a) di aver attentamente contemperato le esigenze della manifestazione rispetto alle norme sportive vigenti, in particolare secondo quanto previsto dal Regolamento Sportivo del settore KARTING.
- b) di aver provveduto in data..... alla richiesta del Medico Capo del servizio sanitario di Gara
- c) di aver predisposto, in accordo con il Direttore di Gara, Sig..... il presente Piano di Emergenza Sanitaria che consta di n. 3 pagine, cui è allegato il programma orario della manifestazione.

In fede, li

Timbro e firma leggibile del legale rappresentante

.....

6. APPROVAZIONE DEL MEDICO FEDERALE

Il presente Piano di Emergenza Sanitaria, composto da n. tre pagine, oltre al programma della manifestazione, è stato ricevuto il e viene approvato dal Medico Federale Regionale ACI Dott..... / Medico Federale Responsabile dell'Impianto Dott.....con le seguenti osservazioni ed eventuali rettifiche:

.....
.....
.....
.....

Il Medico Federale ACI

.....

(firma e timbro del Medico Federale ACI)

Data.....