

# PIANO DI EMERGENZA SANITARIA KARTING

*Da compilare a cura dell'organizzatore e da sottoporre per l'approvazione al Medico Federale Regionale ACI Sport, 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.*

Denominazione Manifestazione .....

Data.....

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. ....

Tel. .... (deve essere reperibile in sede di gara)

Direttore di Gara: Sig. ....

Tel. ....(deve essere reperibile in sede di gara)

Responsabile Ambulanze .....

Tel. ....(deve essere reperibile in sede di gara)

Il personale sanitario è identificabile mediante.....

Direzione di Gara: tel.....cellulare.....e-mail.....

Coordinate geografiche elisuperficie per il rendez-vous .....

## 1. SISTEMA DI COMUNICAZIONE

Il servizio sanitario lungo il percorso deve essere collegato con la Direzione di Gara.

Il personale Medico in servizio sul percorso comunicherà con il Medico Capo mediante collegamento radio e/o telefonico e dovrà essere in possesso di timbro personale e tesserino Ordine dei Medici provinciale di appartenenza.

La centrale regionale di emergenza sanitaria, tramite il centralino del 118 o 112 (varia a seconda delle Regioni), verrà allertata dalla Direzione Gara, sentito il Medico Capo di Gara, in concomitanza con la presentazione del piano di emergenza sanitario ad A.C.I. Sport. Il personale medico delle ambulanze presenti sul percorso di gara, in occasione del soccorso ad un pilota o ad altra persona, si metterà in contatto con il Medico Capo di Gara, per le decisioni riguardanti il trasferimento ospedaliero, previo contatto telefonico del Medico Capo con il Servizio regionale del 118, al fine di evitare trasferimenti incongrui.

All'arrivo in Pronto Soccorso, il Medico o il Capo Ambulanza, provvederà a prendere contatto telefonico con il Medico Capo presso la Direzione di Gara, per informarlo riguardo le condizioni cliniche del paziente.

Per ogni intervento è richiesta la compilazione di un rapportino firmato e timbrato dal medico che ha effettuato il trasferimento in Ospedale, che contenga i dati anagrafici della persona soccorsa, l'orario di intervento ed il codice di triage riportato nella cartella di accettazione; tale rapportino andrà poi consegnato al Medico Capo, appena possibile.

## 2. STRUTTURE SANITARIE ALLERTATE

2.1 - E' stata allertata la Centrale regionale di emergenza sanitaria tramite il 112-118 per le provincie di:

.....

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 :

**OSPEDALE**.....

valido per codici di triage .....

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:

.....

**OSPEDALE**.....

valido per codici di triage .....

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:

.....

**OSPEDALE**.....

valido per codici di triage .....

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 quando possibile, nominativo del Medico a bordo

#### 3.1 ELIAMBULANZA:

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

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

UBICAZIONE..... Dott. ....  
UBICAZIONE..... Dott. ....  
UBICAZIONE..... Dott. ....  
UBICAZIONE..... Dott. ....  
UBICAZIONE..... Dott. ....  
UBICAZIONE..... Dott. ....  
UBICAZIONE..... Dott. ....  
UBICAZIONE..... Dott. ....

#### 3.3-AMBULANZA TRASPORTO :

UBICAZIONE: ..... Dott. ....  
UBICAZIONE ..... Dott. ....

### 4. DICHIARAZIONE FINALE E SOTTOSCRIZIONE DEL DOCUMENTO

L'Organizzatore.....

Dichiara:

- a) di aver ottemperato alle esigenze della manifestazione, rispettando le norme sportive vigenti;
- 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..... pagine, cui è allegato il programma orario della manifestazione.

In fede, li .....

Firma e timbro del legale rappresentante

.....

### 6. APPROVAZIONE DEL MEDICO FEDERALE

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

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

Il Medico Federale ACI Sport

.....  
(firma e timbro del Medico Federale ACI Sport)

Data.....