



COMMISSIONE NAZIONALE ARBITRI

MODULO TRAUMA CRANICO COMMOTIVO

Compilazione a cura dell'Arbitro della gara

Data evento:/...../..... Categoria: Vs sq2
Gara: sq1
Tempo di gioco*: Minuto di gioco*:
*in cui si è verificato l'infortunio

Con la compilazione del presente modulo il Medico di Campo incaricato, di cui si riportano le generalità in seguito, dichiara che il giocatore

Compilazione a cura del Dirigente Accompagnatore della Squadra interessata dall'infortunio

NOME: _____ COGNOME: _____
Tessera FIR n°: _____
Squadra: _____ Cod. Fed.: _____

ha riportato un trauma cranico con evidenza di sintomi di commozione cerebrale secondo i criteri indicati da World Rugby e definiti secondo i parametri del protocollo 'RICONOSCI E RIMUOVI', per il quale sarà sospeso cautelativamente dall'attività sportiva. Viene richiesto al Medico di Campo incaricato di fornire le seguenti evidenze.

Compilazione a cura del Medico di Campo

Il giocatore manifesta uno o più dei seguenti sintomi

(BARRARE LE CASELLE)

PERDITA DI COSCIENZA	SI'	NO
ATASSIA (giocatore incapace di sollevarsi da terra, di stare in piedi, o camminare senza sostegno)	SI'	NO
DISORIENTAMENTO TEMPORO_SPAZIALE	SI'	NO
CONTRAZIONI TETANICHE	SI'	NO
CONVULSIONI POST TRAUMATICHE	SI'	NO
(SOLO PER CATEGORIA TOP10) HIA	POS	NEG

segue

FEDERAZIONE
ITALIANA
RUGBY

Stadio Olimpico - Curva Nord
Foro Italo - 00135 Roma
federugby.it

T +39 06 45213138
F +39 06 45213185
cnar@federugby.it



COMMISSIONE NAZIONALE ARBITRI

Compilazione a cura del Medico di Campo

Sintetica descrizione degli eventi e della valutazione clinica
(scrivere in STAMPATELLO)

Per presa visione

Firma del Medico di Campo della gara Riferimenti

Mail:

Cell:

Firma del Dirigente Accompagnatore

Firma dell'Arbitro della gara