 **Formulár na lekárske pozorovanie WT**

***\** Indikácia: Pre všetkých športovcov, ktorí počas súťaže utrpeli stredne ťažký až ťažký úraz hlavy od súpera s niektorým z nasledujúcich príznakov:**

**(1) strata vedomia (2) zmena duševného stavu (3) nevoľnosť/zvracanie/bolesť hlavy/ závraty (4) knokaut (RSC)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dátum** |  | **Čas** |  | |
| **Súťaž / kolo** |  | | | |
| **Celé meno zraneného športovca** |  | | | |
| **Krajina pôvodu** |  | **WT GAL č.** | |  |
| **Kategória hmotnosti** |  | **Pohlavie** |  | |
| **Povaha úrazu hlavy** |  | | | |

**※ Kontrolujte nižšie uvedený formulár každých 15 minút, až do 1 hodiny v lekárskej miestnosti na mieste konania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Čas** | **Krvný tlak** | **Pulzná frekvencia** | **Glasgow Skóre** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Atestácia**

* Dátum (DD/MM/RR)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Čas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ja, podpísaný **oficiálny lekársky riaditeľ** potvrdzujem, že som preskúmal a dodržal

zraneného športovca, pána/paní na jednu hodinu v súlade s lekársky kódex WT. V súčasnosti nevykazuje žiadne neurologické abnormality a lebo príznaky naznačujúce

lekárska pohotovosť. Týmto odovzdávam starostlivosť o zraneného športovca

(Lekár tímu/vedúci tímu/tréner), pre pozorovanie. Tento športovec musí mať pozastavený výkon športu z dôvodu úrazu hlavy podľa lekárskeho poriadku WT.

Podpis OMD Podpis úradníka tímu

(vedúci tímu / tréner / lekársky personál tímu)

\*Tento formulár musí vyplniť OMD a zaslať ho (1) predsedovi lekárskej komisie WT (dhjeong15@gmail.com), (2) technickému delegátovi (3) športovému oddeleniu WT (sports@worldtaekwondo.org).