För utskrift - Skaderapport trampolin & DMT 2026

Del 1: Fylls i av gymnast och/eller tränare

Tävling och klass:_____ Datum:_____

Ort: _____

Tidpunkt skadan skedde:_____

Födelseår på gymnast (åååå):_____

Kön: □ Kvinna □ Man □ Icke-binär □ Föredrar att inte uppge

Skadetillfälle:

□ Fri förträning/uppvärmning
□ Förträning
□ Tävling

□ Början
□ Mitten
□ Slutet

Tävlingsgren:_____

Övning som utfördes då skadan skedde:_____

Hur bedömer du din säkerhet i övningen som utfördes vid skadetillfället:

□ Mycket säker
□ Säker
□ Osäker
□ Mycket osäker

Var det första gången du skulle tävla på den övningen som du skadade dig i?

□ Ja

□ Nej

Har du tidigare (under senaste 3 månaderna) haft smärta/känningar i den kroppsdel du skadade dig i?

□ Ja

□ Nej

Del 2: Fylls i av sjukvårdare

Sjukvårdarnas bedömning på skada:

□ Akut skada

□ Överbelastning

□ Tidigare skada på samma kroppsdel

Skadad kroppsdel:_____

□ Översträckning

□ Vridvåld/torsion

□ Kompression

□ Annat:_____

Skadans allvarlighetsgrad:

□ Lindrig

□ Allvarlig

□ Vet ej

Akut Behandling:

□ ”PRICE” (skydda, vila, kyla, tryck, högläge)

□ Fixation (stabilisering)

□ Reponering (justering/tillrättaläggande)

□ Annan behandling, vad?:_____

Har transport till vårdinrättning skett?

□ Ja

□ Nej

□ Vet ej

Transport skedde med:

□ Privat transport

□ Ambulanstransport

□ Vet ej

Till vilken vårdinrättning sker transporten (om det är känt):

_____

Namn på dig som medicinsk ansvarig: _____

Övrigt att anteckna:

_____

_____

_____

_____

VIKTIGT!

Efter att denna blankett är ifylld måste den i sin tur föras in i en digitalversion för att Gymnastikförbundets statistik ska överensstämma.

Den finner du här: https://response.questback.com/gymnastikforbundet/tra25

Eller scanna QR-koden