



PROCES VERBAL MANIFESTATION

Intitulé de la Compétition et discipline(s) :

Date et lieu :

Nom et prénom du Responsable de la compétition :

N° de licence :

Téléphone :

E-mail :

Noms et prénoms du ou des Médecin(s) :



QUESTIONNAIRE (mettez une croix dans la case correspondante)

	TRES BIEN/BIEN	MOYEN	INSUFFISANT/MAUVAIS
Organisation Générale			
Matériel - Logistique			
Déroulement des combats/assauts			
Gestion des flux et des horaires			
Sécurité			

Pour chaque item évalué « moyen » ou insuffisant, veuillez préciser le ou les points de faiblesse :



Evénement Grave ou inattendu : OUI ou NON Précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KO Sérieux (perte de connaissance) : OUI ou **NON** / Nombre :

Réclamation(s) : OUI ou **NON** / Nombre :

Si vous répondez par « non » ou par « oui » au questionnaire général, indiquez succinctement, ci-dessous, la raison qui a motivé votre réponse. Dans le cas contraire la mention « RAS » suffit.

REMARQUE :

.....

.....

.....

.....

.....



Fiche médicale post KO

La gestion du KO devra être évaluée en priorité par le médecin. Il devra le définir après l'examen du sportif et son appréciation pendant le combat.

Tout boxeur ayant subi :

- **Un KO physiologique :**
 - Il découle d'une décision d'ordre technique et peut avoir lieu selon les modalités réglementaires suivantes :
 - Jet de l'éponge par le soigneur,
 - Arrêt de l'arbitre après décompte ou sur blessure,
 - Après avoir compté « 10 »,
 - Après avoir compté trois fois dans le même round ou 4 fois sur l'ensemble du combat (combat pro) ou, 3 fois sur l'ensemble du combat (combat amateur casqué) / ou deux fois en cadets 2eme année
 - Pour différence de niveau
- **Un KO vasculaire :**
 - Choc provoqué au niveau d'une artère.
 - Par compression directe
 - Par compression indirecte
- **Un KO neurovégétatif :**
 - Il s'agit d'un choc sur le système nerveux végétatif sans ébranlement cérébral.
- **Un KO cérébral ou commotion cérébrale**
 - Il s'agit une obnubilation, confusion plus ou moins longue, ou une perte de connaissance initiale. Les critères de gravité sont définis par Kraus et al.



OBSERVATIONS MEDICALES

Événement grave ou inattendu : ☐ OUI ☐ NON

Précisions : Aucun KO

Combattant mis KO

Nom :

Prénom :

N° de licence :

Club :

N° affiliation :

N° de téléphone :

Décision du médecin :

KO sérieux : ☐ OUI ☐ NON

Combattant mis KO

Nom :

Prénom :

N° de licence :

Club :

N° affiliation :

N° de téléphone :

Décision du médecin :

KO sérieux : ☐ OUI ☐ NON

Combattant mis KO

Nom :

Prénom :

N° de licence :

Club :

N° affiliation :

N° de téléphone :

Décision du médecin :

KO sérieux : ☐ OUI ☐ NON



REMARQUES GENERALES

**Document à envoyer à J+5 de la manifestation au responsable compétitions de l'AFMT.
En cas de KO, le document doit être transmis dans les 48 heures.**

Mail : competitions@afmt.fr