



Seilbahnen Schweiz  
Remontées Mécaniques Suisses  
Funivie Svizzere  
Pendicularas Svizras

## ➤ Verbale dell'incidente Servizio piste e soccorso

# Verbale dell'incidente Servizio piste e soccorso (1/4)

N. incidente \_\_\_\_\_

\* campo obbligatorio

Impresa \_\_\_\_\_

## Data e ora dell'incidente \*

Data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ora \_\_\_\_ . \_\_\_\_

## Ora dell'allarme e d'intervento

Allarme \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Arrivo soccorso sul posto \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Consegna al servizio medico \_\_\_\_ . \_\_\_\_

## Luogo dell'incidente

Coordinate x\* \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Coordinate y\* \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Incrocio

## Tipo di pista \*

Pista

Fuori pista/dominio sciabile non controllato

Sciovvia

Area di partenza/arrivo sciovvia, seggiovia

In uno stabile (per es. ristorante, stazione cabinovia)

Itinerario

Funpark, Boardercross, Halfpipe

Sentiero pedestre

Strada, parcheggio

Pista per slitte

Pista per gare

Altro

Sconosciuto

Difficoltà della pista:  blu  rossa  nera  aperta  chiusa

Numero della pista: \_\_\_\_\_

## Località in cui è avvenuto l'incidente

Nome località \_\_\_\_\_

## Qualità della neve sul luogo dell'incidente

Neve polverosa

Neve ghiacciata

Neve dura

Neve fresca, non preparata

Neve primaverile, bagnata

Luogo senza neve

Altro

Neve programmata  Sconosciuta

## Condizioni meteo

Bello

Leggermente nuvoloso

Nebbia

Molto nuvoloso

Pioggia

Sconosciute

Precipitazioni nevose

Temperatura \_\_\_\_\_ °C

## Circostanze dell'incidente \*

Senza implicazione di terzi

dopo un salto

senza salto

Collisione con persone

Collisione con un oggetto

Sconosciute

Numero di persone implicate \_\_\_\_\_

## Oggetti implicati nella collisione

Alberi

Sbarramento,

Sassi, rocce

demarcazione della pista

Edificio

Infrastruttura cannone

Elemento del funpark da neve

Ancora, seggiolino  Altro

Battipista

Sconosciuti

Sciovvia, infrastrutture di cabinovia, teleferica

# Verbale dell'incidente Servizio piste e soccorso (2/4)

N. incidente \_\_\_\_\_

Impresa \_\_\_\_\_

\* campo obbligatorio

## Gravità delle ferite

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nessuna ferita | <input type="checkbox"/> Ferite gravi   | <input type="checkbox"/> Sconosciuta |
| <input type="checkbox"/> Ferite leggere | <input type="checkbox"/> Ferite mortali |                                      |
| <input type="checkbox"/> Ferite medie   | <input type="checkbox"/> Sconosciuta    |                                      |

## Dati anagrafici

Sesso  maschile  femminile

Nome\*

Cognome\*

Nazionalità\*

Data di nascita

Età stimata (se data di nascita sconosciuta) ca. \_\_\_\_\_ anni

## Domicilio

Indirizzo

NPA/Località

Paese\*

E-mail

N. di telefono

## Assicurazione

Assicurazione responsabilità civile

Nome dell'assicuratore

## Sport praticato al momento dell'incidente\*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sci                         | <input type="checkbox"/> Sci di fondo       |
| <input type="checkbox"/> Snowboard                   | <input type="checkbox"/> Escursionismo      |
| <input type="checkbox"/> Telemark                    | <input type="checkbox"/> Racchette          |
| <input type="checkbox"/> Bigfoot/Snowblade           | <input type="checkbox"/> Altro/non sportivo |
| <input type="checkbox"/> Sci escursionismo in ascesa | <input type="checkbox"/> Sconosciuto        |

Slitta/Tubing

Materiale a noleggio?  si  no

## Attività

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Attività libera/individuale           | <input type="checkbox"/> Attività professionale (per es. maestro di sci) |
| <input type="checkbox"/> Corso, allenamento sotto sorveglianza | <input type="checkbox"/> Sconosciuta                                     |
| <input type="checkbox"/> Competizione                          |  |

# Verbale dell'incidente Servizio piste e soccorso (3/4)

N. incidente \_\_\_\_\_

\* campo obbligatorio

Impresa \_\_\_\_\_

## Equipaggiamento di protezione \*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casco             | <input type="checkbox"/> Ginocchiere        | <input type="checkbox"/> Occhiali (sportivi, da vista, da sole) |
| <input type="checkbox"/> Protezioni polsi  | <input type="checkbox"/> Protezione dorsale | <input type="checkbox"/> Protezione anche/bacino                |
| <input type="checkbox"/> Protezioni gomiti | <input type="checkbox"/> Nessuno            | <input type="checkbox"/> Sconosciuto                            |

## Ferite/problemi medici

È possibile indicare fino a quattro tipi di ferite. Per ogni ferita indicare la parte del corpo, il lato del corpo ed il tipo di lesione nella colonna corrispondente «barrando» la casella appropriata, iniziando dalla ferita più grave.

### Parte del corpo \*

- | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |                           |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cranio/cervello           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resto della testa, volto  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Collo                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dorso, colonna vertebrale |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ventre                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bacino/parti genitali     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Torace                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Organi interni            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spalla/cintura scapolare  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parte superiore braccio   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clavicola                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avambraccio/gomito        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Polso                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mano/Dita                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anca                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coscia/femore             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ginocchio                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parte inferiore gamba     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Caviglia                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piede/dita del piede      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tutto il corpo            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Altro _____               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sconosciuta               |

### Lato del corpo \*

- |                          |                          |                          |                          |               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinistro      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Destro        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indeterminato |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sconosciuto   |

### Tipo di ferita/problema medico \*

- | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |                                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Distorsione                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stiramento/strappo/rottura       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frattura                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lussazione                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Contusione                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ferita aperta                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema cardio-cir., sfinimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ipotermia, congelamento          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Commozione cerebrale             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemi respiratori             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Malattia                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Altri _____                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sconosciuti                      |

### Trasporto \* (Diverse risposte possibili)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Slitta di soccorso       | <input type="checkbox"/> Ambulanza        |
| <input type="checkbox"/> Battipista               | <input type="checkbox"/> Nessun trasporto |
| <input type="checkbox"/> Motoslitta               | <input type="checkbox"/> Altro            |
| <input type="checkbox"/> Elicottero               | <input type="checkbox"/> Sconosciuto      |
| <input type="checkbox"/> Ferrovia/impianto a fune |   |

### Trattamento

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nessun trattamento | <input type="checkbox"/> Tratt. in uno studio medico |
| <input type="checkbox"/> Tratt. sul posto   | <input type="checkbox"/> Tratt. in un ospedale       |

Nome del medico/dell'ospedale

Luogo di destinazione del trasporto

Costi dell'incidente in CHF

# Verbale dell'incidente Servizio piste e soccorso (4/4)

N. incidente \_\_\_\_\_

Impresa \_\_\_\_\_

\* campo obbligatorio

## Constatazione della polizia, foto e schizzo dell'incidente

La polizia ha effettuato una constatazione?

si

no

Sono state scattate delle fotografie?

si

no

È stato effettuato uno schizzo dell'incidente?

si

no

## 1. Persona coinvolta nella collisione

Sesso  maschile  femminile

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NPA/Località \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_

N. di telefono/cellulare \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

## 2. Testimone

Sesso  maschile  femminile

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

NPA/Località \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_

N. di telefono/cellulare \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

## Osservazioni/schizzo

### Pattugliatore/trice\*

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_