

# Svenska Ridsportförbundets Fallrapport 2020 (komplett)

baserad på FEI FALL REPORT FORM 2020

## Del 1. Ryttar- och hästinformation

Referensnummer (administrationen fyller i)

Section 1. Athlete and Horse Information

Fall reference number (office use only)

<b>Startnummer</b> Program number	<b>Ryttare</b> Rider's name	<b>Man</b> Male	<input type="checkbox"/>	<b>Kvinna</b> Female	<input type="checkbox"/>	<b>Lic. Nr.</b> FEI ID No.
<input type="text"/>	<b>Hästens namn</b> Horses name					<b>Lic. Nr.</b> <b>Passport No.</b>

## Del 2. Rådande omständigheter (Vad hände)

Section 2. Attendant Circumstances (What Happened)

<b>Datum för olyckan</b> Date of accident					<b>Tid för olyckan (klockslag)</b> Time of accident			
<b>Tävlingsplats</b> Name of Event								
<b>Typ av tävling</b> Event Type	<b>Kort – CN/CI</b> <input type="checkbox"/>	<b>Lång – CN/CI</b> <input type="checkbox"/>	<b>Häst</b> Horse <input type="checkbox"/>					<b>Ponny</b> Pony <input type="checkbox"/>
<b>Hinderhöjd - Klass</b> Class	<b>0.60 cm</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.70 cm</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.80 cm</b> <input type="checkbox"/>	<b>0.90 cm</b> <input type="checkbox"/>	<b>1.00 m</b> <input type="checkbox"/>	<b>2 star</b> <input type="checkbox"/>	<b>3 star</b> <input type="checkbox"/>	<b>4 star</b> <input type="checkbox"/>
<b>90lycksplats</b> Accident location	<b>Terräng</b> Cross Country <input type="checkbox"/>	<b>Banhoppning</b> Show Jumping <input type="checkbox"/>		<b>Dressyr</b> Dressage <input type="checkbox"/>	<b>Annan plats</b> Elsewhere <input type="checkbox"/>			
<b>Skedde fallet i samband med hinder</b> Did the fall involve a fence?	<b>Ja/Yes</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nej/No</b> <input type="checkbox"/>						
<b>HINDERDETALJER</b> FENCE DETAILS	<b>Nr/ No.</b>	<b>Komb.del /</b> Element (a, b, c etc.)	<b>Linje</b> (Om tillämpligt) Route (If applicable)	<b>Utlöstes hindret clippet/pinnen?</b> Did Frangible / deformable structure break? (if applicable "Y", "N"/om tillämpligt Ja/Nej)				
<b>Beskrivning av hinder</b> Description of fence								
<b>Hinder kopplat till vatten?</b> Fence associated with water?	<b>Nej</b> No <input type="checkbox"/>	<b>Ja – Hinder före vatten</b> Yes – Fence before water <input type="checkbox"/>			<b>Ja – efter vatten</b> Yes – Fence after <input type="checkbox"/>			
<b>Typ av olycka</b> Accident type	<b>Hästen och ryttare båda föll</b> Horse and rider both fell <input type="checkbox"/>			<b>Ryttaren ur sadeln</b> Rider unseated <input type="checkbox"/>				
	<b>Fall mellan hinder (hästen)</b> Fall on the flat (horse) <input type="checkbox"/>		<b>Fall mellan hinder (ryttaren)</b> Fall on the flat (rider) <input type="checkbox"/>		<b>Häst fastnat i hindret</b> Trapped Horse <input type="checkbox"/>			
<b>Föll hästen över eller trampade ryttaren?</b> Did horse fall on or tread on rider?	<b>Ja</b> Yes <input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No <input type="checkbox"/>						
<b>Beskrivning av olyckan - vad hände?</b> Description of accident (what happened?)								
<b>Halkade hästen?</b> Did the horse slip?	<b>Ja</b> Yes <input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No <input type="checkbox"/>						
<b>Underlagets kondition</b> Ground Conditions	<b>Djupt</b> Deep <input type="checkbox"/>	<b>Tungt</b> Heavy <input type="checkbox"/>		<b>Slipprigt</b> Slippery <input type="checkbox"/>		<b>Bra mot mjukt</b> Good to Soft <input type="checkbox"/>		
	<b>Bra</b> Good <input type="checkbox"/>	<b>Bra mot hårt</b> Good to Firm <input type="checkbox"/>		<b>Hårt</b> Hard <input type="checkbox"/>		<b>Ojämnt / spårigt</b> Rough / Rutted <input type="checkbox"/>		
<b>Sväng – (i sväng / ur sväng)</b> Bend	<b>Ja</b> Yes <input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No <input type="checkbox"/>						
<b>Lutning</b> Slope	<b>Upp</b> Up <input type="checkbox"/>	<b>Ner</b> Down <input type="checkbox"/>		<b>Jämn mark</b> Level Ground <input type="checkbox"/>				

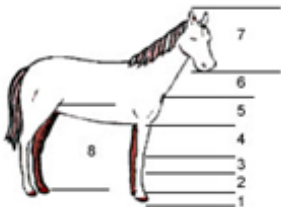
Nytt

Ryttare och hästnamn/ Athlete and horse name: .....

<b>Felaktighet i banan</b> Course defect	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Specificera</b> Specify	
<b>Andra invändningar</b> Other object struck	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Specificera</b> Specify	
<b>Väder</b> Weather	<b>Fint</b> Fine <input type="checkbox"/>	<b>Regn</b> Raining <input type="checkbox"/>	<b>Snö</b> Snowing <input type="checkbox"/>	<b>Annat (hurdant?)</b> Other (specify)
<b>Vind</b> Wind	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No		
<b>Dålig sikt (dis, dimma, skymning)</b> Poor visibility (fog, smoke, mist, etc)	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No		

**Del 3. Fall på hinder (fylls bara i om det hände vid ett hinder)**

Section 3. Falls at fences (only complete if fall was at a fence)

<b>Vägrade hästen?</b> Did horse refuse?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No	<b>Skadade hästen hindret?</b> Did horse break the fence?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No
<b>Slog hästen i hindret på vägen upp?</b> Did horse hit fence on the way up?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No	<b>Välte hästen ett mobilt hinder?</b> Did horse tip portable fence over?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No
<b>Slog hästen i hindret på vägen ner?</b> Did horse hit fence on the way down?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No	<b>Hade hästen ett rotationsfall?</b> Did Horse have a rotational fall?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No
<b>Slog hästen i hindret hårt?</b> Did horse hit the fence hard?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No	<b>Hade hästen ett vridningsfall?</b> Did Horse have a torsional fall?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No
			<b>Slog ryttaren i hindret?</b> Did the rider hit the fence?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No
<b>Fylls i om olyckan involverade en kollision med ett hinder</b> To be completed if accident involved a collision between a horse and a fence		<b>Markera vilken del av hästen som först fick kontakt med hindret</b> Please indicate the initial point of impact between the horse and the fence			

**Del 4. Detaljer kring skada härrörande till ryttaren/ hästen**

Section 4. Details of Injuries Sustained by Rider / Horse

<b>Graden av skada på ryttaren</b> Severity of rider's injuries	<b>Oskadd</b> <input type="checkbox"/> No injury	<b>Lätt</b> <input type="checkbox"/> Slight	<b>Allvarlig</b> <input type="checkbox"/> Serious	<b>Vet ej</b> <input type="checkbox"/> Not known	
<b>Behandlades av läkare?</b> Did Doctor attend?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No			
<b>Bars uppblåsbar väst</b> Was Air Jacket worn	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No	<b>Aktiverades västen?</b> Did Air Jacket activate?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No

<b>Graden av skada på hästen</b> Severity of horses injuries	<b>Oskadd</b> <input type="checkbox"/> No injury	<b>Lätt</b> <input type="checkbox"/> Slight	<b>Allvarlig</b> Serious <input type="checkbox"/>	<b>Vet ej</b> Not known <input type="checkbox"/>
<b>Behandlades av veterinär?</b> Did vet attend?	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Yes	<b>Nej</b> <input type="checkbox"/> No		

Ryttare och hästnamn/ Athlete and horse name: .....

**Del 5. Bidragande faktorer (varför det gick fel)**

## Section 5. Contributory Factors (why something went wrong)

<b>missbedömd</b>	<b>Situationen av ryttaren</b> Situation misjudged by rider	<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Oerfaren ryttare</b> Athlete inexperience		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Hästen reds okontrollerat</b> Horse out of control		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Ryttaren var distraherad</b> Athlete distracted		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Ryttaren påverkad av alkohol eller droger</b> Athlete impaired by drink or drugs		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Ryttaren påverkad av trötthet</b> Athlete impaired by fatigue		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Hästen reds för fort</b> Horse going too fast		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Hästen reds för sakta</b> Horse going too slow		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Hästen hoppade in i ljus / solljus eller reflektion</b> Horse jumping into bright / sunlight or reflection		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Hästen hoppade in i skugga</b> Horse jumping into shadow		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Hästen var distraherad</b> Horse distracted		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Hästen var trött / utmattad</b> Horse fatigued		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Hästen var påverkad av hälta / skada</b> Horse impaired by health/injury		<b>Ja</b> Yes	<input type="checkbox"/>	<b>Nej</b> No	<input type="checkbox"/>
<b>Annat (specificera)</b> Other (specify)					

Hinderdomares namn och kontakt skall fyllas då denne skrivit rapporten eller varit intervjuad om händelsen

<b>Hinderdomare Namn</b> Fence Judge Name		<b>E-Post address eller telefonnummer</b> E-Mail Address or Phone No.	
-----------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------	--

TD/ÖD skall signera alla fallrapporter och ansvara att allt är ifyllt

<b>TD/ÖD Namn</b> TD/GJ Name		<b>E-Post address eller telefonnummer</b> E-Mail Address or Phone No.	
----------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------	--

**OBS: Det är viktigt att detta formulär fylls i korrekt. Information om alla olyckor som renderar i fall eller skador samlas in, analyseras och hanteras kontinuerligt för att förbättra säkerheten inom vår sport. En kopia av detta formulär måste fyllas i samband med fall. Formuläret skall fyllas i av hinderdomaren, TD:n eller annan banfunktionär och skall lämnas till TD:n samma dag som olyckan / fallet inträffade.**

**Explanatory notes:** It is important that this form is completed accurately and submitted promptly. Information about all falls and injury accidents will be collated, analysed and acted upon in order to improve the safety of our sport. A copy of this form must be completed in full following the occurrence of a fall. The form should be completed by a Fence Judge, FEI Technical Delegate or other course official and should be submitted to the FEI Technical Delegate on the day on which the fall occurs.

**VIKTIGT!**

**Är fallet ett rotationsfall TALA MED ÖVERDOMAREN/TEKNISKA DELEGATEN. VID ROTATIONSFALL TAG BILDER AV HINDERT FRÅN ALLA HÅLL, DESSA SKA BIFOGAS FALLRAPPORTEN DIGITALT.**