

CIRCULAR Nº 50
DEPOSITADA EN CASILLERO
FECHA 15/9/09



Unión de Rugby de Buenos Aires

U.R.B.A. - Pacheco de Melo 2120 (1126) Buenos Aires - Argentina - Tel. (011) 4805-5858 Fax: (011) 4806-9933
e-mail: melo2120@urba.org.ar

Buenos Aires, 14 de septiembre de 2009.-

Señor
Secretario del Club
Presente

CIRCULAR Nº 50/09

Ref.: Estadística Nacional de Lesiones 2009

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme al Sr. Secretario para comunicarle que la Unión Argentina de Rugby, previa consulta con las Uniones Afiliadas, llevará a cabo una Estadística Nacional de Lesiones durante el **sábado 26 y domingo 27 próximo** en los partidos de todas las divisiones de los Clubes.-

Creemos de vital importancia poder realizar después de muchos años este trabajo a nivel nacional, para poder hacer un correcto relevamiento de cuales son las lesiones que se producen en nuestros jugadores y las causas y factores que generalmente están asociados a cada lesión, para posteriormente poder diseñar las medidas técnicas y reglamentarias evitando o minimizando las mismas.-

Para que esto se pueda concretar, es necesario el empuje de todos los que participamos en nuestro juego solicitándoles una correcta confección de las planillas que a tal fin adjuntamos a la presente junto al correspondiente instructivo, las que en caso de lesión deberán ser entregadas junto con el original de la planilla del partido dentro de los 7 días de haberse jugado.-

Desde ya agradecemos su eficaz cooperación para lograr el objetivo de este relevamiento y le saludo muy atentamente.-

Adj.: vrs.
GC/

CARLOS RIGHI
Secretario



COPIA N°
DEPOSITADA EN CASILLERO
FECHA / /

Unión de Rugby de Buenos Aires

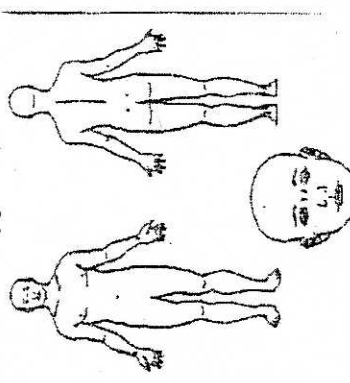

U.R.B.A. - Pacheco de Melo 2120 (1126) Buenos Aires - Argentina - Tel. (011) 4805-5858 Fax: (011) 4806-9933
e-mail: melo2120@urba.org.ar

INSTRUCTIVO PARA LA CONFECCION DE LAS PLANILLAS DE ESTADÍSTICA DE LESIONES UAR

26 Y 27 DE SEPTIEMBRE DE 2009

1. Llenar una planilla por jugador lesionado
2. Los encargados de llenar las planillas serán los responsables de los equipos y los médicos si los tuviese
3. Es fundamental completar **todos** los ítems consignados
4. Entenderemos por Lesión: toda aquella situación médica que impida a un jugador completar un partido. (Excepción: incluir heridas cortantes, que una vez suturadas u ocluidas, permitan al jugador volver a jugar)
5. Tiempo de juego acumulado: el tiempo que ha jugado en otra división: ej.: todo el partido de intermedia y ingresa como suplente en primera, lesionándose en primera a los 10' de ingresar: 90' de tiempo acumulado.
6. Tiempo de juego en cuartos: en planteles superiores son 4 cuartos de 20'. En juveniles 15', 20', 15', 20'.

ESTADÍSTICA NACIONAL DE LESIONES 26 Y 27 DE SEPTIEMBRE DE 2009

Unión:	Edad:	Puesto habitual (del 1 al 15):	Tiempo de juego acumulado: min
Club:		Puesto del momento de lesión (del 1 al 15):	Tiempo de Juego (en cuartos): ①②③④
División:		<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Sustitución	cobertura Social: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fecha de la lesión: / / Actividad al momento de la lesión <input type="checkbox"/> Entrenamiento / práctica <input type="checkbox"/> Competición <input type="checkbox"/> Otras _____		Derivación <input type="checkbox"/> Sin derivación <input type="checkbox"/> Médico Especialista <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Otros _____	
Antecedentes <input type="checkbox"/> Lesión Nueva <input type="checkbox"/> Lesión Agravada <input type="checkbox"/> Lesión Recurrente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Otras _____		Graduación provisoria de la gravedad <input type="checkbox"/> Leve (1 - 7 días) <input type="checkbox"/> Moderada (8 - 21 días) <input type="checkbox"/> Severa (+ 21 días)	
Región del cuerpo lesionada Marcar la / las partes lesionadas con un círculo		Tratado por: <input type="checkbox"/> Médico de equipo <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Otro _____	
		Campo de Juego <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Duro <input type="checkbox"/> Blando <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Barroso	
Parte del cuerpo 		Clima <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Fresco <input type="checkbox"/> Agradable <input type="checkbox"/> Cálido <input type="checkbox"/> Muy Cálido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Húmedo <input type="checkbox"/> Lluvioso	
Naturaleza de la lesión o enfermedad <input type="checkbox"/> Abrasión / raspadura / excoriación <input type="checkbox"/> Esguince / distensión de ligamentos <input type="checkbox"/> Desgarro / distensión muscular <input type="checkbox"/> Herida / laceración / corte <input type="checkbox"/> Hematoma / contusión <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Fractura (incluir sospechosa) <input type="checkbox"/> Luxación / sub-luxación <input type="checkbox"/> Contractura/sobrecarga muscular <input type="checkbox"/> Ampollas <input type="checkbox"/> Concusión / conmoción <input type="checkbox"/> Problema cardíaco <input type="checkbox"/> Problema respiratorio <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento / TEC <input type="checkbox"/> Alteración médica inespecífica <input type="checkbox"/> Otras _____		Equipo de protección Tenía equipo de protección en la zona lesionada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, qué tipo de protección (protector bucal, estribo, vendaje, etc.) _____	
Diagnóstico Presuntivo _____ _____ _____		Tratamiento Inicial <input type="checkbox"/> Sin tratamiento (no requiere) <input type="checkbox"/> Crioterapia <input type="checkbox"/> Compresión <input type="checkbox"/> Elongación <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Taping <input type="checkbox"/> Vendaje <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Férula <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Sin tratamiento (derivado) <input type="checkbox"/> Otro _____	
Causa de lesión <input type="checkbox"/> Golpeado por otro jugador <input type="checkbox"/> Colapso de scrum o embestida <input type="checkbox"/> Golpeado por la pelota (ej.: lux. dedo) <input type="checkbox"/> Golpe con otro jugador / referee <input type="checkbox"/> Golpe con objeto fijo (postes) <input type="checkbox"/> Caída, tropiezo o resbalón <input type="checkbox"/> Sobreuso <input type="checkbox"/> Torsión al pasar o acelerar <input type="checkbox"/> Desgarro muscular <input type="checkbox"/> Injuría por calor <input type="checkbox"/> Otros _____		Recomendación <input type="checkbox"/> Retorno inmediato a la actividad sin restricción <input type="checkbox"/> Retorno con restricciones <input type="checkbox"/> No puede retornar	
Confeccionó esta planilla: _____		Fecha: _____	