FORMULAIRE DIAGNOSTIC COMMOTION CÉRÉBRALE



*RETOUR AU JEU pour joueur(se) **DE - 19 ANS***

⚠️ ces 2 pages sont à envoyer à la Commission médicale de votre Ligue ⚠️

A l'attention du (de la) joueur(se)

Je soussigné(e) _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Email : _____

Déclare avoir présenté une probable commotion cérébrale le : _____ / _____ / _____

☐ lors d'un match ☐ lors d'un entraînement ☐ lors d'un match amical

Je déclare sur l'honneur, aujourd'hui, avoir :

☐ observé(e) une **période de repos initiale physique et mental de 48h**,

☐ rempli l'auto-questionnaire des symptômes* (page 2), et celui-ci est **normal** (sans symptômes)

** : si l'auto-questionnaire est anormal (=présence de symptômes), cela contre indique la pratique du rugby et une consultation médicale est obligatoire.*

Si l'auto-questionnaire est normal, je déclare sur l'honneur avoir :

☐ **suivi un programme de reprise progressive par palier**, et sans apparition de symptôme*

* : *si apparition de symptôme, arrêt du programme de reprise et consultation médicale obligatoire.*

Dans les 12 mois derniers :

☐ je n'ai pas présenté d'autre commotion cérébrale

☐ j'ai présenté d'autre(s) commotion(s) cérébrale(s) (préciser les dates) : _____

Date + signature joueur(se) :

A l'attention du médecin

A la suite de cette déclaration et de l'examen médical, Mr / Mme _____

Ne présente pas de contre-indication à la pratique du rugby (*cocher 1 seule case*)

(N.B : **J0** = jour de la commotion / **J1** = lendemain de la commotion – Le délai coché correspond au délai de reprise de compétition)

☐ **à partir du 23ème jour** de l'évènement déclaré, **puisqu'il(elle) n'a pas présenté de commotion cérébrale au cours des 12 derniers mois,**

☐ **à partir du 42ème jour** de l'évènement déclaré, **puisqu'il(elle) a déjà présenté 1 autre commotion cérébrale dans les 12 derniers mois**. Un avis neurologique favorable avec établissement d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du rugby en compétition délivré par un médecin spécialisé en commotion cérébrale (médecin du sport ou neurologue) est obligatoire.

☐ **à partir du 180 jours** de l'évènement déclaré, **puisqu'il(elle) a présenté 2 autres commotions cérébrales dans les 12 derniers mois**. Un avis neurologique favorable avec établissement d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du rugby en compétition délivré par un médecin spécialisé en commotion cérébrale (médecin du sport ou neurologue) est obligatoire.

Fait le ____ / ____ /_____

Signature et cachet du médecin

AUTO-QUESTIONNAIRE DES SYMPTÔMES DE COMMOTION CÉRÉBRALE

(à remplir le jour de la consultation médicale)



NOM Prénom (joueur(se)) : _____

Date de la consultation médicale : _____ / _____ / _____

Cochez OUI ou NON pour chacune des lignes

SYMPTÔMES	OUI	NON
J'ai mal à la tête		
J'ai la tête lourde		
J'ai mal au cou		
J'ai des nausées, envie de vomir		
J'ai des vertiges		
J'ai des troubles de la vue		
J'ai des troubles de l'équilibre		
La lumière me gêne		
Le bruit me gêne		
Je me sens ralenti		
J'ai l'impression d'être dans le brouillard		
Je ne me sens pas bien		
J'ai du mal à me concentrer		
J'ai du mal à me souvenirs de choses		
Je me sens fatigué(e), je manque d'énergie		
Je me sens confus(e)		
J'ai envie de dormir		
J'ai du mal à m'endormir		
Je me sens plus émotif(ve)		
Je me sens plus irritable		
Je me sens un peu triste		
Je me sens nerveux(se) ou anxieux(se)		
Je ne me sens pas à 100% de mes capacités		

Si un OUI est coché, le joueur(se) présente encore une contre-indication à la pratique du rugby, alors un avis spécialisé est recommandé.