



CARTON
BLEU

CARTON BLEU

Formulaire de diagnostic de la commotion cérébrale et de retour au jeu

JOUEUR PLUS DE 18 ANS

PARTIE JOUEUR

Je soussigné(e) **M. / Mme** (rayer la mention inutile)

NOM :

PRENOM :

E-mail :@.....

déclare avoir présenté Lors d'un match de rugby du (jj/mm/aaaa) :

une probable commotion cérébrale qui a eu pour conséquence (merci de cocher l'un de ces deux cases) :

- Je suis sorti(e) du match pour suspicion de commotion cérébrale
- Je ne suis pas sorti(e) du match mais j'ai présenté après ce match des symptômes évocateurs de commotion cérébrale

Je déclare sur l'honneur aujourd'hui (Merci de cocher une à une les cases suivantes) :

- J'ai observé(e) une période de repos initiale physique de 48 heures
- J'ai rempli l'auto-questionnaire de symptômes ci-après page 2 et celui-ci est **normal**
- J'ai suivi un programme de reprise progressive par paliers et à partir de la deuxième semaine suivant le match et, à l'interrompre et à reconsulter si des symptômes réapparaissent
- Je suis en train de suivre un programme de reprise par paliers sans réapparition de symptôme.

Je m'engage à l'interrompre et à reconsulter si des symptômes réapparaissent avant son terme.

Dans les 12 derniers mois : Je n'ai pas présenté(e) d'autre commotion.

J'ai déjà présenté(e) d'autres commotions,

précisez la (les) date(s) :

Date et Signature :

PARTIE MEDECIN

A la suite de cette déclaration et de mon examen médical, M. ou Mme (rayer la mention inutile)

(NOM, PRENOM) :

ne présente pas de contre-indication à la pratique du rugby (merci de cocher l'une des cases ci-dessous) :

- à partir du 10^{ème} jour de l'évènement déclaré puisqu'il (elle) n'a pas présenté de commotion cérébrale dans les douze derniers mois
- à compter du 21^{ème} jour de l'évènement déclaré puisqu'il (elle) a présenté auparavant une commotion cérébrale dans les douze derniers mois
- pas avant 3 mois de l'évènement déclaré puisqu'il (elle) a présenté auparavant deux autres commotions cérébrales dans les douze derniers mois

Fait à,

le,

Dr :

Signature et tampon :

Auto-questionnaire des symptômes

A remplir le jour de la consultation médicale.

Indiquez par OUI ou par NON si vous ressentez l'un ou plusieurs des symptômes suivants s'ils sont inhabituels.
Merci de renseigner toutes les lignes.

NOM :

Date : Heure :

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

- **Si l'une des cases de la colonne OUI est cochée et que nous sommes à plus de 10 jours de la commotion cérébrale, le joueur (la joueuse) présente encore une contre-indication à la pratique du rugby. Un avis spécialisé est recommandé.**
- Les deux pages du formulaire renseignées **doivent être adressées sans délai** :
 - au médecin de la ligue régionale du joueur (de la joueuse) et, le cas échéant,
 - au médecin du club.
- La réception de ce document dûment rempli permettra de lever la suspension temporaire de la licence (l'interdiction du jeu de rugby avec contact).