



CARTON BLEU

FORMULAIRE DE DIAGNOSTIC DE LA COMMOTION CEREBRALE ET DE RETOUR AU JEU

CONCERNE : JOUEURS/JOUEUSES DE PLUS DE 18 ANS

PARTIE JOUEUR

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

Nom : Prénom :
 né(e) le (jj/mm/aaaa) :/...../..... (adresse e-mail :),
 déclare avoir présenté le (jj/mm/aaaa) :/...../....., une suspicion de commotion cérébrale :

- lors d'un match.
 lors d'un entraînement.

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

- avoir observé(e) une période de repos initiale d'au moins 48 heures à compter de l'évènement déclaré.
 avoir rempli l'auto-questionnaire de symptômes en page 2 (ci-après).
 avoir suivi un programme de reprise progressive par paliers et qu'aucun symptôme n'est réapparu.
 Ne pas avoir présenté de réapparition de symptômes lors des différents paliers du protocole de reprise du jeu (PRJ).

J'atteste que dans les 12 derniers mois :

- Je n'ai pas présenté(e) d'autre commotion.
 J'ai déjà présenté(e) une commotion (*précisez la date*) :
 J'ai déjà présenté(e) deux commotions (*précisez les dates*) :

Date et Signature :

Le : / /

PARTIE MEDECIN

A la suite de cette déclaration et de mon examen médical, M. ou Mme (*rayez 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(e) de commotion cérébrale dans les 12 derniers mois.
 à partir du 21^{ème} jour de l'évènement déclaré puisqu'il (elle) a présenté(e) auparavant une commotion cérébrale dans les 12 derniers mois.
 pas avant 90 jours (3 mois) de l'évènement déclaré et après avis spécialisé puisqu'il (elle) a présenté(e) auparavant deux autres commotions cérébrales dans les 12 derniers mois.

Fait à,

le,

Dr :

Signature et tampon :



Auto-questionnaire des symptômes

CONCERNE : JOUEURS/JOUEUSES DE PLUS DE 18 ANS

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, le diagnostic de commotion cérébrale persistante est très probable et le joueur (la joueuse) présente encore une contre-indication d'ordre neurologique 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 et de reprendre l'activité rugby avec contact **mais uniquement après avoir respecté le délai incompressible de repos préfixé.**