|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | C:\Users\ezagar\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Word\logo_COMITE_MEDICAL_cmjn.png |  | **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 10ème jour de l’évènement déclaré puisqu’il (elle) n’a pas présenté de commotion cérébrale dans les douze derniers mois

❒ à compter du 21ème 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 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | C:\Users\ezagar\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Word\logo_COMITE_MEDICAL_cmjn.png |  | **CARTON**  **BLEU** |
|  |

# 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 | ❒ | ❒ |
| 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 gène | ❒ | ❒ |
| Le bruit me gène | ❒ | ❒ |
| 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 souvenir des choses | ❒ | ❒ |
| Je me sens fatigué(e), je manque d’énergie | ❒ | ❒ |
| Je me sens confus(e) | ❒ | ❒ |
| J’ai envie de dormir | ❒ | ❒ |
| J’ai eu 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 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).**