



FORMULAIRE DIAGNOSTIC COMMOTION CÉRÉBRALE

RETOUR AU JEU pour joueur(se) de +19 ans

(mise en application à compter du 15/02/2024)



Adresser les 2 pages :

- au **Comité médical de votre Ligue Régionale** (coordonnées indiquées sur mail reçu d'Oval-E pour « suspension temporaire de licence »)
- au Médecin de votre club

PARTIE JOUEUR(SE) :

Je soussigné(e) _____

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

Déclare avoir présenté lors du match de rugby du ____ / ____ / ____, une probable commotion cérébrale qui a eu pour conséquence :

- une sortie du match** pour suspicion de commotion cérébrale
- pas de sortie du match**, mais j'ai présenté après ce match des symptômes évocateurs de commotion cérébrale.

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

- observé(e) une **période de repos initiale physique de 48h**,
- rempli l'auto-questionnaire des symptômes (*page 2*), et celui-ci est normal,
- suivi un programme de reprise progressive** par palier à partir de la 2^{ème} semaine suivant le match, et avoir interrompu le programme et reconsulté (si réapparition de symptômes).

OU

- suivre actuellement un programme de reprise par palier** sans réapparition de symptômes, pour lequel je m'engage à l'interrompre et à reconsulte si des symptômes réapparaissent avant le terme.

Dans les 12 mois derniers :

- je n'ai pas présenté d'autre commotion
- j'ai présenté d'autres commotions (*préciser les dates*) : _____

Signature et date :

PARTIE 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 : (*cochez 1 case*)

- à partir du 12^{ème} jour de l'évènement déclaré**, puisqu'il(elle) n'a pas présenté de commotion cérébrale dans les 12 derniers mois,
- à compter du 21^{ème} jour de l'évènement déclaré**, puisqu'il(elle) a présenté, 1 commotion cérébrale dans les 12 derniers mois,
- pas avant 90 jours de l'évènement déclaré**, puisqu'il(elle) a présenté, 2 autres commotions cérébrales dans les 12 derniers mois.

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 consultation médicale : ____ / ____ / ____

Cochez OUI ou NON pour toutes les 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.