



Formulaire de diagnostic de la commotion cérébrale et de retour au jeu pour JOUEUR/JOUEUSE DE 19 ANS ET PLUS A LA DATE DE L'INCIDENT

Une fois complétées, les deux pages du présent document sont à adresser sans délai :

- A l'attention du **MEDECIN PRESIDENT LA COMMISSION MEDICALE** de votre **LIGUE REGIONALE RUGBY**
(dont l'adresse e-mail est indiquée sur l'e-mail que vous avez reçu d'OVAL-E qui s'intitule « suspension temporaire de licence ») :

E-mail de ma commission médicale LRR :

et, le cas échéant,

- A l'attention du **MEDECIN** de votre **CLUB**.

- E-mail du médecin de mon 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)).

PARTIE JOUEUR

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

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

/ /

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'une des deux cases suivantes)

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 : (merci de cocher une à une les cases suivantes)

avoir observé(e) une période de repos initiale physique de **48 heures**.

avoir rempli l'auto-questionnaire des symptômes ci-après page 2 et celui-ci est **normal**.

avoir suivi un programme de reprise progressive par palier et à partir de la deuxième semaine suivant le match et avoir interrompu le programme et reconsulté si des symptômes sont réapparus.

ou

suivre actuellement un programme de reprise par palier sans réapparition de symptôme, pour lequel je m'engage à l'interrompre et à reconsulté 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 SVP la ou les dates (jj/mm/aaaa) :

____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

Date et Signature :

Le : / /

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 90 jours de l'évènement déclaré puisqu'il (elle) a présenté auparavant deux autres commotions cérébrales dans les douze derniers mois.

Fait, le :

Dr :

Signature et cachet du médecin :



Auto-questionnaire des symptômes

(A remplir le jour de la consultation médicale)

NOM et PRENOM :

Date :

/ /

Heure :

Indiquez par OUI ou par NON si vous ressentez un ou plusieurs des symptômes suivants s'ils sont inhabituels : (Veuillez renseigner toutes les lignes).

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 joueur (la joueuse) présente encore une contre-indication à la pratique du rugby. Un avis spécialisé est recommandé.