



## 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 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 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<sup>ème</sup> jour de l'évènement déclaré** puisqu'il (elle) n'a pas présenté de commotion cérébrale dans les douze derniers mois.

**à compter du 21<sup>ème</sup> 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.