



## Formulaire de diagnostic de la commotion cérébrale et de retour au jeu pour JOUEUR/JOUEUSE DE MOINS DE 19 ANS 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/JOUEUSE

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

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

/ /

E-mail :

@

déclare avoir présenté le (jj/mm/aaaa) : / /

(Cocher l'une ou l'autre des situations suivantes) :  lors d'un match, ou,  lors d'un entraînement,  
une probable 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 de **7 jours**,

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 sans **qu'**aucun symptôme ne soit réapparu.

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 **23<sup>ème</sup>** jour de l'évènement déclaré puisqu'il (elle) n'a pas présenté de commotion cérébrale au cours des 12 derniers mois.

à compter du **42<sup>ème</sup>** jour de l'évènement déclaré (puisque'il (elle) a présenté auparavant une 2<sup>ème</sup> commotion cérébrale au cours des 12 derniers mois)

pas avant **180 jours** de l'évènement déclaré (puisque'il (elle) a présenté auparavant une 3<sup>ème</sup> commotion cérébrale au cours des 12 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.