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 2ème 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 reconsulter 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 12ème jour de l'évènement déclaré**, puisqu'il(elle) n'a pas présenté de commotion cérébrale dans les 12 derniers mois,

☐ **à compter du 21ème 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

FFR
COMITÉ MÉDICAL

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*.