

**Cette fiche permet de consigner l'information à transmettre au participant joueur, encadrant ou officiel (aux parents si mineur), à la structure dont il dépend (club, CD, Ligue, Fédération) ainsi qu'aux secours ou au personnel médical qu'il peut être amené à consulter (y compris sur le long terme). Outil de suivi, en aucun cas cette fiche ne remplace un avis médical. En compétition sa copie est transmise avec la feuille de match.**

## 1- INCIDENT (contexte)

date :	Circonstances :
heure :	
lieu :	

## 2- PROTOCOLE MIS EN OEUVRE (plusieurs cases peuvent être cochées)

Le(la) participant(e) impacté(e) est retiré(e) de l'activité. Il(elle) n'est jamais laissé seul(e), une personne désignée le(la) surveille, les signaux et/ou symptômes sont régulièrement vérifiés et notés le cas échéant.

- Présence d'un des signaux d'alerte : retrait immédiat non négociable** du(de la) participant(e) impacté(e) **et APPEL DU 15 pour transport aux urgences**. Renseigner les sections **3- SIGNAUX D'ALERTE** et **4- SYMPTÔMES**
- Présence d'un des symptômes : retrait immédiat non négociable** du(de la) participant(e) impacté(e) **et consultation médicale au plus tôt**. Préciser le(s) symptôme(s) dans la section **4- SYMPTÔMES**
- Retrait immédiat à titre préventif** du(de la) participant(e) impacté(e) **sans présence de symptôme(s)** car :
 

<input type="checkbox"/> impact ou mouvement brusque de la tête	}	Selon l'évolution renseigner la section <b>3</b> et/ou <b>4</b> ci-dessous
<input type="checkbox"/> doute sur l'information obtenue		
<input type="checkbox"/> antécédent(s) de commotion(s) cérébrale(s)		
- Information des responsables légaux** le plus tôt possible car participant(e) impacté(e) est mineur(e).

## 3- SIGNAUX D'ALERTE

Si un seul de ces signaux est observé ou rapporté **APPELER LE 15 (URGENCES)**

- Perte ou détérioration de l'état de conscience
- Confusion
- Vomissements répétés
- Convulsions
- Maux de tête qui augmentent
- Somnolence importante
- Difficulté à marcher, à parler, à reconnaître les gens ou les lieux
- Vision double ou trouble
- Agitation importante, pleurs excessifs
- Problème de l'équilibre grave
- Faiblesse, picotement ou engourdissement des bras ou des jambes
- Douleur intense au cou

## 4- SYMPTÔMES

Observé(s) par l'entourage ou ressenti(s) par l'impacté(e)	MOINS de 24 heures	ENTRE 24 et 48 heures
Maux de tête,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pression dans la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue, somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation d'être au ralenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision embrouillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilité à la lumière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Émotivité inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité, tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosité, anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur au cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cherche ses mots ou se répète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de symptôme après <input type="checkbox"/> 24 heures, après <input type="checkbox"/> 48 heures		

## 5- PÉRIODE D'OBSERVATION

- Depuis son retrait de l'activité et pendant les 48 heures suivantes, le(la) participant(e) présente ou a présenté des symptômes il(elle) **DOIT IMMÉDIATEMENT SE METTRE AU REPOS** (Cf. verso « Étapes... »)
- Depuis son retrait de l'activité et pendant les 48 heures suivantes, le(la) participant(e) n'a jamais présenté de symptômes, le **protocole est clôturé par** (NOM, Prénom, fonction, signature) :

## CONTEXTE

La commotion cérébrale est une blessure invisible causée par un coup direct à la tête ou un impact à toute autre partie du corps dont la force impulsive remonte jusqu'à la tête. Le mouvement rapide de va-et vient de la tête ou l'onde de choc transmise fait que le cerveau heurte la paroi de la boîte crânienne. Les symptômes observés par l'entourage ou rapportés par la victime peuvent varier d'un individu à l'autre et peuvent survenir jusqu'à 48 heures après l'impact. **Cette blessure est cumulative, il est donc important d'en garder trace.**

## SIGNALEMENT D'UN INCIDENT

La surveillance est une **responsabilité partagée par l'ensemble des acteurs impliqués**. Les organisateurs, les officiels, les encadrants et les participants ont le **devoir de signaler tout indice** qui porte à croire qu'une personne a pu subir une commotion cérébrale. Cette **information** doit être **immédiatement transmise aux personnes pouvant retirer le participant de l'activité** (entraîneur lors d'un entraînement ou organisateur lors d'une rencontre non officielle, arbitre ou commissaire technique lors d'une rencontre officielle).

## RETRAIT DU(DE LA) PARTICIPANT(E)

En présence d'un symptôme observé ou rapporté, d'un signalement, d'un impact significatif ou d'un mouvement brusque de la tête ou encore d'un doute lié à l'information obtenue du participant, des personnes à proximité au moment de l'incident ou des antécédents de commotion cérébrales du participant, **il faut agir avec prudence** (principe de prévention) :

- 1- **Retirer immédiatement le participant de l'activité.**
- 2- **Ne jamais le laisser seul.**
- 3- **Si signal d'alerte** (un suffit) : immédiatement **appeler le 15 pour transport aux urgences.**
- 4- **Si symptôme** (un suffit) : dans les plus brefs délais **consulter un médecin** pour établir un diagnostic.

## ORGANIGRAMME DE LA GESTION D'UNE COMMOTION CÉRÉBRALE AVÉRÉE OU POTENTIELLE

