

FICHE DE SUIVI – PROTOCOLE DE GESTION DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

Cette fiche permet de consigner l'information à transmettre au participant, aux parents, aux organisations scolaires et sportives et au réseau de la santé. Elle ne permet pas de diagnostiquer une commotion cérébrale et ne remplace pas un avis médical.

NOM : _____ ÂGE : _____ DATE DE L'INCIDENT : _____

1. DÉTECTION

Retrait immédiat du participant, **ne jamais le laisser seul** et le diriger vers la personne désignée pour la vérification des symptômes

En présence de signaux d'alerte (assurer un transport à l'urgence) :
REEMPLIR LA SECTION DES SIGNAUX D'ALERTE ET LA SECTION DES SYMPTÔMES

En présence de symptômes (évaluation médicale le plus tôt possible pour un diagnostic) :
REEMPLIR LA SECTION DES SYMPTÔMES

En l'absence de symptômes retirer le participant préventivement en raison :
 d'un impact ou d'un mouvement brusque de la tête
 d'un doute sur l'information obtenue
 d'un historique de commotions cérébrales

Informer le plus rapidement possible les parents d'un mineur

Circonstances de l'incident :

SIGNAUX D'ALERTE
SE RENDRE IMMÉDIATEMENT À L'URGENCE

- 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
- Agitation importante, pleurs excessifs
- Problème de l'équilibre grave
- Faiblesse, picotements ou engourdissement des bras ou des jambes
- Douleur intense au cou

SYMPTÔMES	MOINS DE 24 HEURES	ENTRE 24 ET 48 HEURES
Maux de tête, pression dans la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue, somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles 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"/>
Sensibilité aux bruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Émotivité inhabituelle, 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"/>

2. PÉRIODE D'OBSERVATION

N'a jamais présenté de symptômes depuis le retrait, a réussi la période d'observation de 48 heures et peut reprendre l'activité sans passer par les étapes de la reprise des activités.
DÉMARCHE TERMINÉE

A présenté ou présente des symptômes et doit amorcer immédiatement l'étape du repos initial.
REEMPLIR LE VERSO DE LA FICHE DE SUIVI