

## Annexe II : Questionnaire immédiat postcommotion

Compléter ce questionnaire aussitôt que vous soupçonnez qu'un athlète a subi une commotion cérébrale.

### 1. Renseignements généraux

Nom et prénom de l'athlète : _____
Date de naissance : _____
Date de l'incident : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

### 2. Signes nécessitant une intervention médicale d'urgence

Si l'athlète présente un des signes suivants, contactez immédiatement le 911 afin qu'il soit transporté aux urgences dans les plus brefs délais. Si l'athlète est inconscient ou immobile, laissez le soin aux ambulanciers ou aux pompiers de le prendre en charge et de le déplacer.

Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dilatation plus grande d'une pupille que de l'autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleur intense au cou	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal de tête qui augmente en intensité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faiblesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vision double	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Engourdissement des bras ou des jambes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles de coordination	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficulté à reconnaître les personnes ou les endroits	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Comportements inhabituels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Confusion de plus en plus grande	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles de l'élocution	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Somnolence excessive ou impossibilité de réveiller la victime	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 3. Décrivez les circonstances entourant l'accident

Veillez indiquer les circonstances dans lesquelles la commotion est survenue.

---

---

#### 4. Indiquez la cause de l'impact

##### Impact direct à la tête

##### La tête s'est heurtée contre :

- Le sol ou la glace
- La bande
- Le but
- Autre : \_\_\_\_\_

##### La tête a été frappée par :

- Le ballon/rondelle
- Un bâton de hockey
- Un autre joueur
  - tête contre tête
  - tête contre coude
  - tête contre genou
  - autre : \_\_\_\_\_

##### Région de la tête qui a subi l'impact :

- Ne sais pas
- Partie frontale
- Côté gauche
- Côté droit
- Partie arrière

##### Impact au corps

- Cou
- Épaules
- Poitrine
- Ventre
- Haut du dos
- Bas du dos
- Bas du corps

#### 5. État de conscience : orientation spatio-temporelle

Les questions suivantes permettront de vérifier l'état de conscience de l'athlète. Une ou plusieurs mauvaises réponses peuvent suggérer que l'athlète éprouve de la confusion ou qu'il a des pertes de mémoire.

Où nous trouvons-nous présentement?	<input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec
Dans quel quart ou quelle période du jeu sommes-nous?	<input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec
Quelle équipe a marqué le dernier but dans partie en cours?	<input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec
Contre quelle équipe avez-vous joué lors de la dernière partie?	<input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec
Est-ce que votre équipe a remporté la dernière partie qu'elle a jouée?	<input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec

Quelle année sommes-nous?	<input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec
Quel mois sommes-nous?	<input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec
Quel jour de la semaine sommes-nous?	<input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec
Quelle est la date d'aujourd'hui?	<input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec
Quelle heure est-il? (Exactitude de plus ou moins une heure)	<input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec

### 6. Échelle de signes

Observez attentivement l'athlète et attribuez à chacun des signes suivants une valeur de 0 à 6 selon qu'il ne se manifeste pas (0), ou encore qu'il est léger (1-2), modéré (3-4) ou grave (5-6).

Signes observables	Absent	Léger		Modéré		Grave	
	0	1	2	3	4	5	6
Perte de connaissance							
Convulsions							
Vomissements							
Confusion							
Difficulté à se rappeler :  <input type="checkbox"/> Perte de mémoire touchant les événements précédant l'incident  <input type="checkbox"/> Perte de mémoire touchant les événements suivant l'incident							
Perte d'équilibre							
Somnolence							
Maladresse physique							
Regard hagard							
Difficulté à maintenir une posture assise ou debout							
Répond lentement							
Cherche ses mots							
Se répète							
Autres : _____ _____							

### 7. Échelle des symptômes

Présentez à l'athlète tous les symptômes suivants et demandez-lui, en se basant sur ce qu'il ressent au moment de l'entrevue, demandez-lui de leur attribuer à chacun une valeur de 0 à 6 selon qu'il n'éprouve pas le symptôme (0), ou encore qu'il le ressent comme léger (1-2), modéré (3-4) ou grave (5-6).

	Aucun	Léger		Modéré		Grave	
Symptômes rapportés par l'athlète	0	1	2	3	4	5	6
Maux de tête							
Douleur au cou							
Nausée							
Pression dans la tête							
Étourdissements							
Engourdissement ou picotement							
Vision floue/vision double							
Sensibilité à la lumière							
Sensibilité aux bruits							
Impression d'être au ralenti							
Impression d'être dans la brume							
Ne se sent pas bien							
Difficulté à se concentrer							
Fatigue ou baisse d'énergie							
Est plus émotif							
Irritabilité							
Tristesse							
Nervosité ou anxiété							
Autres : _____ _____							