

QUESTIONNAIRE IMMÉDIAT POSTCOMMOTION

Version 2014.06.03 fait par Robin Verreault, révisée par Chantal Daigle et Dave Ellemberg

1. Renseignements généraux

Nom de l'athlète : _____
 Date de naissance: _____
 Date de l'incident: _____

Sexe:
 Masculin
 Féminin

2. Signes nécessitant une intervention médicale immédiate

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

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

3. Circonstances de l'événement

Décrivez les circonstances dans lesquelles l'accident est survenu.

4. Cause de l'impact

Impact direct à la tête

La tête s'est heurtée contre:

<input type="checkbox"/>	Le sol ou la glace
<input type="checkbox"/>	Le mur ou la bande
<input type="checkbox"/>	Le but ou le poteau
<input type="checkbox"/>	_____

La tête a été frappée par:

<input type="checkbox"/>	Un ballon ou une rondelle
<input type="checkbox"/>	Un bâton
<input type="checkbox"/>	Tête à tête
<input type="checkbox"/>	Tête à coude
<input type="checkbox"/>	Tête à genou
<input type="checkbox"/>	_____

Région de la tête qui a été frappée

<input type="checkbox"/>	Ne sais pas
<input type="checkbox"/>	Partie frontale
<input type="checkbox"/>	Côté droit
<input type="checkbox"/>	Côté gauche
<input type="checkbox"/>	Partie arrière

Impact au corps

<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Haut du dos	<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Bas du corps
<input type="checkbox"/> Épaules	<input type="checkbox"/> Bas du dos	<input type="checkbox"/> Ventre	

5. État de conscience: orientation spacio-temporelle

Succès	Échec	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Où nous trouvons-nous présentement?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dans quel quart ou quelle période de jeu sommes-nous?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle équipe a marqué le dernier but dans la partie en cours?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contre quelle équipe avons-nous joué lors de notre dernière partie?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Est-ce que nous avons gagné notre dernière partie?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle année sommes-nous?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quel mois sommes-nous?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quel jour de la semaine sommes-nous?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle est la date d'aujourd'hui?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle heure est-il exactement (plus ou moins une heure)?

6. Echelle de signes

Observez attentivement l'athlète et attribuez une valeur aux signes suivants selon sa manifestation.

	Absent	Léger		Modéré		Grave	
Signes observables	0	1	2	3	4	5	6
Perte de connaissance							
Convulsions							
Vomissements							
Confusion							
Perte d'équilibre							
Somnolence							
Maladresse physique							
Regard hagard							
Répond lentement							
Cherche ses mots							
Se répète							
Difficulté à maintenir une posture (assise ou debout)							
Difficulté à se rappeler les... ...événements précédant l'incident ...événements suivant l'incident							
Autres:							

7. Echelle des symptômes

Présentez les symptômes suivants à l'athlète et demandez-lui, en se basant sur ce qu'il ressent au moment de l'entrevue, de leur attribuer une valeur de 0 à 6 selon ce qu'il éprouve.

	Absent	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							
Engourdissements ou picotements							
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 / Baisse d'énergie							
Est plus émotif							
Irritabilité							
Tritesse							
Nervosité ou anxiété							
Autres:							