

Annexe I : Anamnèse de l'athlète

1. Renseignements nominatifs

Nom et prénom de l'athlète : _____
Date de naissance : _____
Date de l'entrevue : _____
Âge au moment de l'entrevue : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Numéro de téléphone : _____
Adresse courriel : _____

2. Sport

Quel sport pratiquez-vous? _____
Depuis combien d'années pratiquez-vous ce sport? _____
À quelle position jouez-vous? _____
Avez-vous déjà joué à d'autres positions? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquelles : _____
Dans quelle ligue ou association, ou à quel niveau avez-vous joué? _____

Avez-vous déjà pratiqué d'autres sports de manière compétitive? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels : _____

3. Scolarité

Nombre d'années de scolarité (en commençant par le primaire): _____

Niveau de scolarité atteint: _____

Année répétée : Oui Non Si oui, laquelle: _____

Saut d'une année: Oui Non Si oui, laquelle: _____

Difficulté scolaire: Oui Non Si oui, laquelle: _____

Trouble d'apprentissage: Oui Non Si oui, lequel : _____

Trouble d'hyperactivité: Oui Non

Déficit d'attention: Oui Non

4. Renseignements de nature médicale

Avez-vous une maladie :

- Cardiaque (hypertension artérielle, angine de poitrine...) Oui Non

Si oui, laquelle: _____

- Respiratoire (asthme, emphysème...) Oui Non

Si oui, laquelle: _____

- Métabolique (diabète, hypoglycémie...) Oui Non

Si oui, laquelle: _____

- Musculo-squelettique (arthrose, dorsalgie...) Oui Non

Si oui, laquelle: _____

- Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques...) Oui Non

Si oui, laquelle: _____

- Cancer (leucémie, tumeur au cerveau...) Oui Non

Si oui, laquelle: _____

- De l'oeil (conjonctivite, décollement de la rétine...) Oui Non

Si oui, laquelle: _____

- De l'ouïe (otite, acouphène...) Oui Non

Si oui, laquelle: _____

- Mentale (dépression, schizophrénie...) Oui Non

Si oui, laquelle: _____

Vision

Avez-vous une prescription pour corriger votre vue? Oui Non

Si oui, quel type de problème permet-elle de corriger:

Myopie ? Oui Non

Hypermétropie ? Oui Non

Astigmatisme ? Oui Non

Presbytie ? Oui Non

Autres : _____

Êtes-vous atteint de daltonisme? Oui Non

Strabisme ? Oui Non

Anisométrie ? Oui Non

Audition

Êtes-vous atteint d'une perte auditive? Oui Non

Avez-vous des problèmes de perception auditive (localisation de la source) ? Oui Non

Notes: _____

Prenez-vous des médicaments? Oui Non

Si oui, lesquels: _____

Avez-vous déjà subi une anesthésie générale ? Oui Non

Si oui, pourquoi? _____

Avez-vous déjà été victime d'un accident impliquant un impact la tête dans une situation autre que votre sport (accident de la route, accident de travail...)? Oui Non

Si oui, dans quelle situation et quel était le trauma à la tête: _____

5. Fiche d'observation des accidents impliquant la tête

Échelle de symptômes

Avez-vous déjà été victime d'une commotion cérébrale liée à votre activité sportive ? Oui Non

Si oui, combien estimez-vous en avoir subi: _____

Veillez indiquer la date de tout incident impliquant la tête durant un match ou une séance d'entraînement, ou tout incident impliquant une autre partie du corps et ayant mené à une secousse au cerveau. Ensuite, veuillez indiquer dans la colonne correspondante les signes et les symptômes ressentis à la suite de chaque incident.

	1	2	3	4	5	6
Date de l'évènement: JJ/MM/AAAA						
Indiquez les circonstances dans lesquelles la commotion est survenue (coup à la tête, impact au corps, chute, etc.).						
Avez-vous obtenu un diagnostic d'un médecin?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Perte de conscience Si oui, inscrire la durée.						
Convulsions						
Maux de tête						
Douleur au cou						
Nausée						
Vomissements						
Pression dans la tête						
Étourdissements						
Engourdissements						
Confusion						
Somnolence						
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						
Difficulté à se rappeler						
Problème d'équilibre						
Fatigue ou baisse d'énergie						
Être plus émotif						
Irritabilité						
Tristesse						

Tiré du livre : Les commotions cérébrales dans le sport : une épidémie silencieuse !
Dr Dave Ellemberg, Ph.D

Nervosité ou anxiété						
Difficulté à s'endormir						
Dormir plus qu'à l'habitude						
Autres:						

Ressentez-vous toujours certains de ces symptômes? Oui Non

Si oui, lesquels: _____

