

QUESTIONNAIRE IMMÉDIAT POST-COMMOTION

À administrer aussitôt qu'une personne est soupçonnée d'avoir subi une commotion cérébrale, surtout lorsqu'elle a reçu un coup à la tête, au visage, au cou ou au corps a pu se répercuter jusqu'à la tête et qui pourrait avoir causé une commotion cérébrale. Pour obtenir un diagnostic de commotion cérébrale, il est nécessaire de passer un examen médical. Le présent document n'équivaut en aucun cas à un diagnostic médical et ne peut pas se substituer à l'avis d'un médecin.

Renseignements généraux

Nom et prénom : _____ Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____

Date de l'incident (JJ/MM/AA) : _____ Sexe : M / F Sport : _____ Gr. : _____

A - Signes et symptômes d'alerte

Si la personne présente un des signes suivants, elle doit être transportée à l'urgence dans les plus brefs délais. Si elle est inconsciente ou immobile, il faut appeler immédiatement le 911 et laisser le soin aux ambulanciers de la prendre en charge et de la déplacer.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perte de conscience | <input type="checkbox"/> Vision double |
| <input type="checkbox"/> Vomissements répétés | <input type="checkbox"/> Faiblesse |
| <input type="checkbox"/> Mal de tête qui augmente en intensité | <input type="checkbox"/> Douleur intense au cou |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à reconnaître les personnes ou les endroits | <input type="checkbox"/> Convulsions |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement des bras ou des jambes | <input type="checkbox"/> Trouble de coordination |
| <input type="checkbox"/> Une pupille est plus dilatée que l'autre | <input type="checkbox"/> Comportement inhabituel |
| <input type="checkbox"/> Somnolence excessive ou ne peut être réveillée | <input type="checkbox"/> Trouble de l'élocution |
| <input type="checkbox"/> Confusion ou irritabilité de plus en plus grande | <input type="checkbox"/> Détérioration de l'état de conscience |

B - Observation de l'état de conscience

Lorsqu'une personne présente des signes ou rapporte des symptômes, elle doit immédiatement être mise au repos, ne pas être laissée seule pour qu'il y ait une surveillance de l'évolution des signes et des symptômes.

État de conscience : orientation dans le temps et l'espace. Les questions suivantes permettent de vérifier l'état de conscience de la personne. Une ou plusieurs mauvaises réponses peuvent suggérer qu'elle éprouve de la confusion ou qu'elle a des pertes de mémoire.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En quelle année sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> Quelle date sommes-nous ? |
| <input type="checkbox"/> Quel mois sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> Quelle heure est-il ? (Plus ou moins une heure) |
| <input type="checkbox"/> Quel jour de la semaine sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> Où sommes-nous ? |

C - Échelle des signes et symptômes

Signes que l'on peut observer chez la personne

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perte de mémoire par rapport aux événements précédant l'incident | <input type="checkbox"/> Maladresse physique |
| <input type="checkbox"/> Perte de mémoire par rapport aux événements suivant l'incident | <input type="checkbox"/> Regard hagard (vide) |
| <input type="checkbox"/> Problème d'équilibre | <input type="checkbox"/> Répond lentement |
| <input type="checkbox"/> A du mal à maintenir une position assise ou debout | <input type="checkbox"/> Cherche ses mots |
| <input type="checkbox"/> Difficulté de coordination motrice | <input type="checkbox"/> Se répète |
| <input type="checkbox"/> Somnolence | |

Notes : _____

C - Échelle des signes et symptômes (suite)

Symptômes rapportés par la personne

Présentez à la personne tous les symptômes suivants, et demandez-lui d'attribuer à chacun une valeur de 0 à 6 en fonction de ce qu'il ressent au moment de l'entrevue : n'éprouve pas le symptôme (0), le ressent comme léger (1-2), modéré (3-4) ou grave (5-6).

Symptômes physiques

| | |
|---------------------------|---------------|
| Mal de tête | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Douleur au cou | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Nausée et/ou vomissements | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Pression dans la tête | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Étourdissements | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Vision floue/double | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Sensibilité à la lumière | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Sensibilité au bruit | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Troubles de l'équilibre | 0 1 2 3 4 5 6 |

Symptômes émotionnels

| | |
|----------------------|---------------|
| Plus émotif | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Irritabilité | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Tristesse | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Nervosité ou anxiété | 0 1 2 3 4 5 6 |

Symptômes cognitifs

| | |
|--------------------------------|---------------|
| Sentiment d'être au ralenti | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Sentiment d'être dans la brume | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Sentiment inhabituel | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Confusion | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Difficulté à se concentrer | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Difficulté à se souvenir | 0 1 2 3 4 5 6 |

Symptômes liés au sommeil

| | |
|-----------------------------|---------------|
| Fatigue ou baisse d'énergie | 0 1 2 3 4 5 6 |
| Somnolence | 0 1 2 3 4 5 6 |

D - Circonstances entourant l'incident

La tête s'est heurtée contre :

- Le sol ou la glace
- La bande
- Le but
- La pente
- Autre : _____

La tête a été frappée par :

- Le ballon ou la rondelle
- Le bâton
- Une autre personne
- Tête contre tête
- Tête contre coude
- Tête contre genou
- Autre : _____

Impact au corps

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

Région de la tête qui a subi l'impact :

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

Notes:
