



**FFR**

## CARTON BLEU



### Formulaire de diagnostic de la commotion cérébrale et de retour au jeu JOUEUR MOINS DE 18 ANS

#### PARTIE JOUEUR

---

Je soussigné(e) **M. / Mme** (rayer la mention inutile)

**NOM :**

**PRENOM :**

E-mail : .....@.....

déclare avoir présenté le (jj/mm/aaaa) :

lors d'un match

lors d'un entraînement

**une probable commotion cérébrale.**

**Je déclare sur l'honneur aujourd'hui** (Merci de cocher une à une les cases suivantes) :

J'ai observé(e) une période de repos initiale de 7 jours

J'ai rempli l'auto-questionnaire de symptômes ci-après page 2 et celui-ci est **normal**

J'ai suivi un programme de reprise progressive par paliers et aucun symptôme n'est réapparu, à compter de J8

Je suis en train de suivre un programme de reprise par paliers sans réapparition de symptôme.

**Je m'engage à l'interrompre et à reconsulter si des symptômes réapparaissent avant son terme.**

**Dans les 12 derniers mois :**  Je n'ai pas présenté(e) d'autre commotion.

J'ai déjà présenté(e) d'autres commotions,

**précisez la (les) date(s) :**

**Date et Signature :**

Le :    /    /

#### PARTIE MEDECIN

---

**A la suite de cette déclaration et de mon examen médical, M. ou Mme** (rayer la mention inutile)

**(NOM, PRENOM) :**

**ne présente pas de contre-indication à la pratique du rugby** (merci de cocher l'une des cases ci-dessous) :

à partir du 23<sup>ème</sup> jour de l'évènement déclaré puisqu'il (elle) n'a pas présenté de commotion cérébrale au cours des 12 derniers mois.

à compter du 42<sup>ème</sup> jour de l'évènement déclaré (puisque'il (elle) a présenté auparavant une 2<sup>ème</sup> commotion cérébrale au cours des 12 derniers mois)

pas avant 180 jours de l'évènement déclaré (puisque'il (elle) a présenté auparavant une 3<sup>ème</sup> commotion cérébrale au cours des 12 derniers mois)

**Fait à,**

**le,**

**Dr :**

**Formulaire de diagnostic de la commotion cérébrale et de retour au jeu**  
**JOUEUR PLUS DE 18 ANS**

**PARTIE JOUEUR**

---

Je soussigné(e) **M. / Mme** (rayer la mention inutile)

**NOM :**

**PRENOM :**

E-mail : .....@.....

déclare avoir présenté Lors d'un match de rugby du (jj/mm/aaaa) :

**une probable commotion cérébrale qui a eu pour conséquence** (merci de cocher l'un de ces deux cases) :

- Je suis sorti(e) du match pour suspicion de commotion cérébrale
- Je ne suis pas sorti(e) du match mais j'ai présenté après ce match des symptômes évocateurs de commotion cérébrale

**Je déclare sur l'honneur aujourd'hui** (Merci de cocher une à une les cases suivantes) :

- J'ai observé(e) une période de repos initiale physique de 48 heures
- J'ai rempli l'auto-questionnaire de symptômes ci-après page 2 et celui-ci est **normal**
- J'ai suivi un programme de reprise progressive par paliers et à partir de la deuxième semaine suivant le match et, à l'interrompre et à reconsulter si des symptômes réapparaissent
- Je suis en train de suivre un programme de reprise par paliers sans réapparition de symptôme.

**Je m'engage à l'interrompre et à reconsulter si des symptômes réapparaissent avant son terme.**

**Dans les 12 derniers mois :**  Je n'ai pas présenté(e) d'autre commotion.

J'ai déjà présenté(e) d'autres commotions,  
**précisez la (les) date(s) :**

**Date et Signature :**

**PARTIE MEDECIN**

---

**A la suite de cette déclaration et de mon examen médical, M. ou Mme** (rayer la mention inutile)

**(NOM, PRENOM) :**

**ne présente pas de contre-indication à la pratique du rugby** (merci de cocher l'une des cases ci-dessous) :

- à partir du 10<sup>ème</sup> jour de l'évènement déclaré puisqu'il (elle) n'a pas présenté de commotion cérébrale dans les douze derniers mois
- à compter du 21<sup>ème</sup> jour de l'évènement déclaré puisqu'il (elle) a présenté auparavant une commotion cérébrale dans les douze derniers mois
- pas avant 3 mois de l'évènement déclaré puisqu'il (elle) a présenté auparavant deux autres commotions cérébrales dans les douze derniers mois

**Fait à,**

**le,**

**Dr :**

**Signature et tampon :**



## Auto-questionnaire des symptômes

**A remplir le jour de la consultation médicale.**

Indiquez par OUI ou par NON si vous ressentez l'un ou plusieurs des symptômes suivants s'ils sont inhabituels.  
**Merci de renseigner toutes les lignes.**

NOM :

Date : Heure :

SYMPTOMES	NON	OUI
J'ai mal à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai la tête lourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai mal au cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des nausées, envie de vomir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La lumière me gêne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bruit me gêne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens ralenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression d'être dans le brouillard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me sens pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me souvenir des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens fatigué(e), je manque d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens confus(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai envie de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu du mal à m'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens plus émotif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens plus irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens un peu triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens nerveux(se) ou anxieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me sens pas à 100% de mes capacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Si l'une des cases de la colonne OUI est cochée et que nous sommes à plus de 10 jours de la commotion cérébrale, le joueur (la joueuse) présente encore une contre-indication à la pratique du rugby. Un avis spécialisé est recommandé.**
- Les deux pages du formulaire renseignées doivent être adressées sans délai :
  - au médecin de la ligue régionale du joueur (de la joueuse) et, le cas échéant,
  - au médecin du club.
- La réception de ce document dûment rempli permettra de lever la suspension temporaire de la licence (l'interdiction du jeu de rugby avec contact).