# FORMULAIRE DIAGNOSTIC COMMOTION CÉRÉBRALE
# RETOUR AU JEU pour joueur(se) de +19 ans

*Saison 2025-2026*

*Les 2 pages sont à adresser* au **Comité médical de votre Ligue Régionale**



## PARTIE JOUEUR(SE) :

Je soussigné(e) _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Email : _____

**Déclare avoir présenté une probable commotion cérébrale le** : _____ / _____/ _____
☐ lors d'un match ☐ lors d'un entrainement

**Je déclare sur l'honneur, aujourd'hui, avoir** :
☐ observé(e) une **période de repos initial physique et mental de 48 heures**,
☐ rempli l'auto-questionnaire des symptômes* *(page 2)* et celui-ci est **normal** (sans symptôme)
***** : *si l'auto-questionnaire est anormal (= présence de symptôme), cela contre indique la pratique du rugby et une consultation médicale est obligatoire.*

Si l'auto-questionnaire**, est normal, je déclare sur l'honneur avoir** :
☐ **suivi un programme de reprise progressive** par palier, sans apparition de symptôme*
* : *si apparition de symptôme, arrêt du programme de reprise et consultation médicale obligatoire.*

**Dans les 12 mois derniers** :
☐ je n'ai pas présenté d'autre commotion
☐ j'ai présenté d'autres commotions (*préciser les dates*) : _____

***Signature et date :***

## PARTIE MÉDECIN :

A la suite de cette déclaration et de l'examen médical, Mr/Mme _____

**Ne présente pas de contre-indication** à la pratique du rugby : (*cochez 1 case)*

☐ **à partir du 21ème jour de l'évènement déclaré**, puisqu'il(elle) n'a pas présenté de commotion cérébrale dans les 12 derniers mois,

☐ **à compter du 21ème jour de l'évènement déclaré**, puisqu'il(elle) a présenté, 1 commotion cérébrale dans les 12 derniers mois,
Un avis neurologique favorable avec établissement d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du rugby en compétition délivré par un médecin spécialisé en commotion cérébrale (médecin du sport ou neurologue) est obligatoire.

☐ **pas avant 90 jours de l'évènement déclaré**, puisqu'il(elle) a présenté, 2 autres commotions cérébrales dans les 12 derniers mois.
Un avis neurologique favorable avec établissement d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du rugby en compétition délivré par un médecin spécialisé en commotion cérébrale (médecin du sport ou neurologue) est obligatoire.

Fait le ____ / ____ /_____

***Signature et cachet du médecin :***

# AUTO-QUESTIONNAIRE DES SYMPTÔMES DE COMMOTION CÉRÉBRALE

(à remplir le jour de la consultation médicale)



COMITÉ MÉDICAL **NOM Prénom** (joueur(se) : _____

Date consultation médicale : _____ / _____ / _____

*Cochez OUI ou NON pour **toutes les lignes***

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

***Si un OUI est coché,*** *le joueur(se) présente encore une contre-indication à la pratique du rugby, alors un avis spécialisé est recommandé*.