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 seule case)*

☐ **à partir du 23ème jour de l'évènement déclaré**, puisqu'il(elle) n'a pas présenté de commotion cérébrale au cours des 12 derniers mois,

☐ **à compter du 42ème jour de l'évènement déclaré**, puisqu'il(elle) a présenté, 1 autre 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 180 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

Fédération Française de Rugby – 3-5 rue Jean de Montaigu, 91460 MARCOUSSIS

AUTO-QUESTIONNAIRE DES SYMPTÔMES DE COMMOTION CÉRÉBRALE

(à remplir le jour de la consultation médicale)



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*.

Fédération Française de Rugby – 3-5 rue Jean de Montaigu, 91460 MARCOUSSIS