



OUTIL DE RECONNAISSANCE D'UNE COMMOTION CÉRÉBRALE SOUPÇONNÉE

Cet outil de référence qui doit être rempli par l'enseignant ou l'entraîneur sert à identifier rapidement une commotion cérébrale soupçonnée et à communiquer cette information au parent/tuteur.

Reconnaissance d'une commotion cérébrale soupçonnée

À la suite d'un coup à la tête, au visage ou au cou, ou d'un coup porté au corps dont la force se répercute jusqu'à la tête, il y a lieu de soupçonner une commotion cérébrale en cas d'apparition de l'un ou de plusieurs signes et symptômes ou si l'évaluation rapide du fonctionnement de la mémoire n'est pas réussie.

1. Cochez la case appropriée

Un incident impliquant _____ (nom de l'élève) a eu lieu le _____ (date).
Nous l'avons observé(e) afin de détecter les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale.

- Aucun signe et aucun symptôme décrit ci-dessous n'a été noté à ce moment.
Remarque : La surveillance continue de l'élève est importante puisque les signes et symptômes d'une commotion cérébrale peuvent se manifester plusieurs heures ou jours plus tard (voir le no 4 ci-dessous).
- Les signes ou symptômes suivants ont été observés ou signalés :

Signes ou symptômes d'une commotion cérébrale soupçonnée	
Signes possibles observés <i>Un signe est un phénomène qui sera observé par une autre personne (p. ex. un parent/tuteur, enseignant, entraîneur, surveillant, camarade).</i>	Symptômes possibles signalés <i>Un symptôme est un phénomène que l'élève ressentira et signalera.</i>
Sur le plan physique <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> vomissements<input type="checkbox"/> difficulté de prononciation<input type="checkbox"/> réflexes ralentis<input type="checkbox"/> coordination ou équilibre déficients<input type="checkbox"/> regard vide ou yeux vitreux<input type="checkbox"/> diminution des capacités de jeu<input type="checkbox"/> perte de conscience ou manque de réactivité<input type="checkbox"/> l'élève est étendu sur le sol, inanimé, ou met du temps à se relever<input type="checkbox"/> amnésie<input type="checkbox"/> crise épileptique ou convulsions<input type="checkbox"/> l'élève prend sa tête dans les mains	Sur le plan physique <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> maux de tête<input type="checkbox"/> pression au niveau de la tête<input type="checkbox"/> douleur dans le cou<input type="checkbox"/> l'élève ne se sent pas bien<input type="checkbox"/> bourdonnement dans les oreilles<input type="checkbox"/> l'élève voit double ou flou, ou perd la vision<input type="checkbox"/> l'élève voit des étoiles ou des lumières clignotant<input type="checkbox"/> douleur à l'endroit de la blessure<input type="checkbox"/> maux d'estomac, douleurs ou nausée<input type="checkbox"/> étourdissement et problèmes d'équilibre<input type="checkbox"/> sensation de fatigue<input type="checkbox"/> sensibilité à la lumière et au bruit

<p>Sur le plan cognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> difficulté à se concentrer <input type="checkbox"/> l'élève est facilement distrait <input type="checkbox"/> confusion générale <input type="checkbox"/> l'élève ne se souvient plus de ce qui s'est passé avant après sa blessure ** (voir ci-dessous l'évaluation rapide du fonctionnement de la mémoire)** <input type="checkbox"/> l'élève ignore l'heure, la date, l'endroit, le niveau ou le type d'activité auquel il participait <input type="checkbox"/> l'élève met du temps à répondre aux questions ou à suivre des directives <p>Sur le plan émotionnel/comportemental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> éprouve des sentiments bizarres ou inappropriés (p. rires, pleurs, se met facilement en colère) <p>Autre</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> _____ 	<p>Sur le plan cognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> difficulté à se concentrer ou à se souvenir <input type="checkbox"/> sensation d'être au ralenti, d'être fatigué ou de manquer d'énergie <input type="checkbox"/> l'élève est étourdi ou ne sait plus où il est <p>Sur le plan émotionnel/comportemental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'élève devient irritable, se sent triste, plus émotif d'habitude <input type="checkbox"/> se sent nerveux, angoissé, déprimé <p>Autre</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ _____
--	--

En cas d'aggravation d'un signe ou d'un symptôme, appeler le 911.

2. Évaluation rapide du fonctionnement de la mémoire

Posez les questions suivantes à l'élève et inscrivez ses réponses ci-dessous. Si l'élève ne répond pas correctement à l'une de ces questions, il peut être atteint d'une commotion cérébrale :

Dans quelle salle sommes-nous présentement? *Réponse :*

À quelle activité ou à quel sport/jeu jouons-nous présentement? *Réponse :*

Sur quel terrain jouons-nous aujourd'hui? *Réponse :*

Quel moment de la journée sommes-nous? *Réponse :*

Comment s'appelle ton enseignant/entraîneur? *Réponse :*

Quelle école fréquentes-tu? *Réponse :*

3. Mesures à prendre

Si un signe est observé ou un symptôme signalé, ou si l'élève n'arrive pas à répondre correctement à l'une des questions ci-dessus :

- il y a lieu de soupçonner une commotion cérébrale;
- l'élève doit être immédiatement retiré de l'activité et ne doit pas être autorisé à reprendre cette activité, même s'il affirme se sentir mieux; et
- l'élève ne peut pas quitter les lieux sans la surveillance d'un parent/tuteur (ou de la personne à contacter en cas d'urgence).

Chaque fois qu'une commotion cérébrale est soupçonnée, l'élève doit être examiné par un médecin ou un infirmier praticien pour un diagnostic et suivre les étapes du tableau 3 – Étapes et responsabilités concernant les commotions cérébrales soupçonnées et diagnostiquées.

4. Surveillance continue effectuée par le parent/tuteur

- L'élève doit être surveillé pendant 24 à 48 heures après la blessure, car les signes et les symptômes peuvent apparaître tout de suite après la blessure **ou survenir plusieurs heures ou jours après la blessure.**
- **Si des signes ou des symptômes apparaissent**, l'élève doit être examiné par un médecin ou un infirmier praticien dès que possible, le jour même.

5. Nom du membre du personnel : _____

Signature du membre du personnel : _____ Date : _____

Ce formulaire rempli doit être photocopié pour pouvoir archiver l'original et remettre la copie au parent/tuteur