******

**COMMoTION CÉRÉBRALE – RAPPORT D'ACCIDENT**

***Ce Rapport doit être complété pour toute personne qui est victime d'une commotion cérébrale alors qu'elle participe à un événement sanctionné par picklleball canada.***

|  |
| --- |
| ***IDENTIFICATION DE LA PERSONNE BLESSÉE*** |
| ***Nom***  |  |
| *Coordonnées de la personne blessée (courriel/téléphone)* |  |

|  |
| --- |
| ***LE RAPPORT D'ACCIDENT EST COMPLÉTÉ PAR:*** |
| *Nom* |  | *Date (jj/mm/aaaa)* |  \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Organisation* |  |
| *Courriel & téléphone* |  |
| ***Avez-vous été témoin de l'accident?*** ⭘ OUI ⭘ NON |
| ***Indiquer toutes les personnes à qui s'adresse ce rapport: (cocher tous les choix qui s'appliquent)*** |
| ⭘ Personne blessée | ⭘ Partenaire/Adversaire | ⭘ Contact en cas d'urgence | ⭘ Directeur du tournoi |
| ⭘ Arbitre en chef | ⭘ Arbitre du match | ⭘ Instructeur | ⭘ Membre équipe médicale |
| ⭘ Famille/Ami | ⭘ Autre (spécifier) |
| *Nom des témoins additionnels avec courriel et téléphone* |  |

***Continuer à la page suivante* 🡪**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nom de la personne blessée*** |  |

|  |
| --- |
| ***À propos de l'accident*** |
| *Date (jj/mm/aaaa)* |  \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *Heure* |  ⭘ AM ⭘ PM |
| *Endroit* |  |
| ***Nom du contact en cas d'urgence*** |  |
| *Courriel et téléphone du contact en cas d'urgence* |  |
| ***Description de l'accident: (SVP inscrire le plus de détails possible)*** |
| ***Quels sont les éléments en lien avec l'accident ? (cocher tous les choix qui s'appliquent)*** |
| ⭘ Chute | ⭘ Coup à la tête | ⭘ Frappé par quelqu'un | ⭘ Frappé par un objet |
| ⭘ Coup au corps | ⭘ Accident de sport | ⭘ Agression | ⭘ Malfonction équipement |
| ⭘ Autre (spécifier) |
| ***Quelle intervention immédiate a suivi l'accident? (cocher tous les choix qui s'appliquent)*** | ***Quelle a été la suite des événements ? (cocher tous les choix qui s'appliquent)*** |
| ⭘ Téléphoner 911 | ⭘ Premiers soins | ⭘ Transport à l'hôpital par ambulance |
| ⭘ Aucune intervention | ⭘ Téléphoner contact en cas d'urgence | ⭘ Soins donnés par les ambulanciers |
| ⭘ Autre (spécifier) | ⭘ Laissé avec le contact en cas d'urgence |
| ⭘ Laissé seule | ⭘ Retour aux activités |
| ⭘ Autre (spécifier)  |

***Continuer à la page suivante* 🡪**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nom de la personne blessée*** |  |

|  |
| --- |
| ***À PROPOS DE L'ACCIDENT (suite)*** |
| ***La personne a-t-elle manifesté des symptômes immédiats de commotion?*** ⭘ OUI ⭘ NON ⭘ JE NE SAIS PAS |
| ***Si oui, cocher toutes les réponses qui s'appliquent:*** |
| ⭘ Douleur ou sensibilité à la nuque | ⭘ Perte d'équilibre/coordination | ⭘ Vision floue |
| ⭘ Crise ou convulsion | ⭘ Irritabilité | ⭘ Vision double |
| ⭘ Perte de conscience | ⭘ Trouble de mémoire | ⭘ Sensibilité à la lumière/son |
| ⭘ Détérioration état de conscience | ⭘ Tristesse | ⭘ Acouphène |
| ⭘ Nervosité ou anxiété | ⭘ Confusion/pensée trouble | ⭘ Voit des "étoiles" |
| ⭘ Nausée | ⭘ Étourdissement | ⭘ Difficulté à se concentrer |
| ⭘ Vomissement | ⭘ Mal de tête | ⭘ Sensation nébuleuse |
| ⭘ Fatigue | ⭘ Faiblesse ou picotement/sentiment brûlure aux bras/jambes |
| ⭘ Difficulté à lire | ⭘ Comportement agité ou combatif qui s'aggrave |
| ⭘ Autre (spécifier) |

|  |
| --- |
| ***SECTION RÉSERVÉE À pickleball canada***  |
| ***Un diagnostic de commotion cérébrale a-t-il été posé ?*** | ***Cet accident aurait-il pu être évité?*** |
| ⭘ OUI ⭘ NON ⭘ JE NE SAIS PAS | ⭘ OUI ⭘ NON ⭘ JE NE SAIS PAS |
| ***Décrire les mesures de suivi qui ont été prises:(ex. évaluation des risques de sécurité)*** | ***Décrire en quoi il était possible ou impossible d'éviter cet accident:*** |
| ***Décrire les actions requises pour éviter ce genre d'accident:(ex. actions concrètes pour assurer la santé et sécurité)*** |

***SVP Envoyer une copie de ce rapport à Pickleball Canada à l'adresse suivante: info@pickleballcanada.com***