



COMMOTION CÉRÉBRALE

Confirmation de diagnostic médical

Nom du patient	Date _____ / _____ / _____
-----------------------	-----------------------------------

À remplir par le cabinet médical (lettres moulées)

Nom du cabinet médical	
Nom du médecin/infirmier praticien ¹	
Numéro de permis	
Courriel/téléphone	
Date de la commotion	
Date de la consultation	

À qui de droit,

Il est recommandé à toute personne qui a subi un coup à la tête, au visage, à la nuque ou au corps et qui manifeste des signes apparents de commotion cérébrale – ou qui en signale des symptômes – d'être évaluée par un professionnel de la santé qualifié. En conséquence, j'ai personnellement effectué l'évaluation médicale du patient ci-haut mentionné.

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION MÉDICALE

<input type="checkbox"/>	Ce patient n'a pas reçu un diagnostic de commotion cérébrale et il peut reprendre ses activités normalement.
<input type="checkbox"/>	Ce patient A REÇU un diagnostic de commotion cérébrale. <i>Voir les recommandations identifiées en annexe.</i>
<input type="checkbox"/>	Ce patient a été informé d'éviter toute activité qui pourrait l'exposer à un risque de subir une autre commotion ou blessure à la tête ainsi que les activités pouvant compromettre la sécurité d'autrui (ex.: conduite automobile, tâches professionnelles dangereuses, etc.) jusqu'à l'obtention d'une lettre d'autorisation médicale émise par un médecin ou un infirmier praticien. ¹

Signature du médecin ou de l'infirmier praticien¹:

(svp encercler le titre approprié)

Selon l'accès à un médecin ou un infirmier, ce formulaire peut être complété par un infirmier ayant accès à un médecin ou infirmier praticien agréé. Ne pas accepter un formulaire rempli par un autre type de professionnel de la santé (physiothérapeute, chiropraticien et autre professionnel paramédical). Il est recommandé de fournir ce document au patient sans frais. *Commotion cérébrale – PCO Confirmation*

1.

Recommandations suite à une commotion cérébrale

Nom du patient _____

Date _____ / _____ / _____

L'objectif de la prise en charge d'une commotion cérébrale est d'obtenir un rétablissement complet au moyen d'une reprise sécuritaire et graduelle des activités. *Notez que chaque patient progresse différemment dans son processus de rétablissement.* Après l'étape 2, s'il ressent de nouveaux symptômes ou que certains symptômes empirent, il devra retourner à l'étape précédente pendant 24 heures et songer à être de nouveau examiné par son médecin/infirmier praticien. De l'information et des ressources au sujet du traitement d'une commotion cérébrale sont disponibles en français sur le site de *Concussion Awareness Training Tool (CATT)* à l'adresse cattonline.com.²

Étape 1 – Repos initial

Dans les premières 24 à 48 heures, le patient a reçu comme instruction d'être au repos physique et cognitif complet avant de reprendre toute activité.

Pas encore terminé

Terminé le (jj/mm/aaaa) _____ / _____ / _____

Délai dépassé

Étape 2 – Préparation à la reprise des activités au domicile

Le patient peut amorcer un retour aux activités à la maison avec de petites tâches familiales jusqu'à ce qu'aucun nouveau symptôme n'apparaisse ou que les symptômes ressentis cessent de s'aggraver.

Pas encore terminé

Terminé le (jj/mm/aaaa) _____ / _____ / _____

Délai dépassé

Étape 3 et 4 – Préparation à la reprise du travail, des études et des activités physiques et reprise graduelle des activités quotidiennes

Le patient peut commencer une reprise graduelle du travail, des études et des activités physiques à temps partiel (avec adaptations, modifications et restrictions, selon les besoins) en tenant compte de sa tolérance et uniquement à un niveau qui n'aggrave pas les symptômes et qui ne fait pas apparaître de nouveaux symptômes.

Pas encore terminé

<input type="checkbox"/> Terminé le (jj/mm/aaaa) _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Délai dépassé

1.

Nom du patient

<i>Restrictions/adaptations</i>	<i>Détails</i>	<i>Période</i>

Étape 5 et 6 – Reprise complète du travail, des études et des activités physiques

Le patient peut reprendre ses activités avec des restrictions et adaptations minimales ou sans restriction.

<input type="checkbox"/> Pas encore terminé
<input type="checkbox"/> Terminé le (jj/mm/aaaa) _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Délai dépassé

<i>Restrictions/adaptations</i>	<i>Détails</i>	<i>Période</i>

Selon l'accès à un médecin ou un infirmier, ce formulaire peut être complété par un infirmier ayant accès à un médecin ou infirmier praticien agréé. Ne pas accepter un formulaire rempli par un autre type de professionnel de la santé (physiothérapeute, chiropraticien et autre professionnel paramédical). Il est recommandé de fournir ce document au patient sans frais. *Commotion cérébrale – PCO Confirmation*

Signature du médecin ou de l'infirmier praticien¹: _____
(svp encercler le titre approprié)

Nom en lettres moulées : _____

1.