



COMMOTION CÉRÉBRALE Autorisation médicale

Nom du patient

À être complété par le cabinet médical (lettres moulées)

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

SVP compléter

Date de la commotion cérébrale	
Date du diagnostic de commotion	
Autorisation demandée par	

Madame, Monsieur,

Un patient victime d'une commotion cérébrale doit être examiné et suivi par un professionnel de la santé. L'objectif de ce suivi est de lui permettre d'atteindre un rétablissement complet en favorisant une reprise sécuritaire et graduelle de ses activités.

La stratégie pour atteindre la pleine guérison inclut notamment que le patient évite les activités pouvant l'exposer à un risque d'une autre commotion ou blessure à la tête (i.e. tâches dangereuses, sport de contact, etc.) jusqu'à ce qu'il obtienne une lettre d'autorisation médicale. Le patient m'a expliqué ses tâches et activités habituelles et j'ai personnellement réalisé l'examen médical.

Il est essentiel de savoir que la vitesse de rétablissement est propre à chacun. Une fois l'étape 2 complétée, si le patient ressent de nouveaux symptômes ou si certains symptômes s'aggravent, il a reçu comme instruction de revenir à l'étape précédente pendant 24 heures. De l'information et des ressources sont disponibles – en français – sur le site Concussion Awareness Training Tool (CATT) à l'adresse cattonline.com.

¹. 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.

Nom du patient

Ce patient peut reprendre son travail, ses études et ses activités physiques **SANS RESTRICTION.**

Ce patient peut reprendre son travail, ses études et ses activités physiques **AVEC LES RESTRICTIONS** suivantes.

Restriction(s) Physique & Cognitive	Détails	Période

Ce patient peut reprendre son travail, ses études et ses activités physiques **SANS ADAPTATION.**

Ce patient peut reprendre son travail, ses études et ses activités physiques **AVEC LES ADAPTATIONS** suivantes.

Adaptation(s) Physique & Cognitive	Détails	Période

Signature du médecin ou de l'infirmier praticien¹: _____

(svp encercler le titre approprié)

¹. 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.