

QUESTIONNAIRE IMMÉDIAT POST-COMMOTION

Le questionnaire suivant devrait être rempli aussitôt que vous soupçonnez qu'une personne a subi une commotion cérébrale, particulièrement lorsqu'elle a reçu un coup à la tête, au visage, au cou ou au corps dont la force a pu se répercuter jusqu'à la tête et qui pourrait avoir causé une commotion cérébrale.

Nom et prénom:

Sexe : F M

Date de naissance:

Date de l'incident :

SIGNES D'ALERTE

Si la personne présente un des signes suivants, elle doit être transportée à l'urgence dans les plus brefs délais. Si elle est inconsciente ou immobile, appelez immédiatement le 911 et laissez le soin aux ambulanciers de la prendre en charge et de la déplacer.

- | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Perte de conscience | <input type="checkbox"/> | Faiblesse | <input type="checkbox"/> | Trouble de l'élocution | <input type="checkbox"/> |
| Crise épileptique ou convulsion | <input type="checkbox"/> | Engourdissement des bras et des jambes | <input type="checkbox"/> | Confusion ou irritabilité de plus en plus grande | <input type="checkbox"/> |
| Mal de tête qui augmente en intensité | <input type="checkbox"/> | Difficulté à reconnaître les personnes ou les endroits | <input type="checkbox"/> | Somnolence excessive ou ne peut être réveillé | <input type="checkbox"/> |
| Pupilles inégales | <input type="checkbox"/> | Trouble de coordination | <input type="checkbox"/> | Détérioration de l'état de conscience | <input type="checkbox"/> |
| Douleur intense au cou | <input type="checkbox"/> | Comportement inhabituel | <input type="checkbox"/> | | |
| Vomissements répétés | <input type="checkbox"/> | Vision double | <input type="checkbox"/> | | |

CIRCONSTANCES ENTOURANT L'ACCIDENT

Indiquez les circonstances dans lesquelles la commotion est survenue

La tête s'est heurtée contre :

- Le sol ou la glace
- La bande
- Le but
- Autre : _____

Région de la tête ayant subi l'impact :

- Partie frontale
- Côté gauche
- Côté droit
- Partie arrière
- Le dessus
- Ne sais pas

La tête a été frappée par :

- Le ballon ou la rondelle
- Le bâton
- Un autre joueur
- Autre : _____

Impact au corps

- Cou
- Épaule
- Poitrine
- Ventre
- Haut du dos
- Bas du dos
- Bas du corps

ÉTAT DE CONSCIENCE

Les questions suivantes permettent de vérifier l'état de conscience de la personne. Une ou plusieurs mauvaises réponses peuvent suggérer qu'elle éprouve de la confusion ou qu'elle a des pertes de mémoire.

- En quelle année sommes-nous ?
- Quel mois sommes-nous ?
- Quel jour de la semaine sommes-nous ?
- Quelle date sommes-nous ?
- Quelle heure est-il ? (+/- 1 heure)
- Où sommes-nous ?

Notes: _____

SIGNES QUE L'ON PEUT OBSERVER CHEZ LA PERSONNE

Perte de mémoire par rapport aux évènements précédant l'incident	<input type="checkbox"/>
Perte de mémoire par rapport aux évènements suivant l'incident	<input type="checkbox"/>
Problème d'équilibre	<input type="checkbox"/>
Difficulté de coordination motrice	<input type="checkbox"/>
Somnolence	<input type="checkbox"/>
Maladresse physique	<input type="checkbox"/>
Regard hagard (regard vide)	<input type="checkbox"/>
A du mal à maintenir une posture assise ou debout	<input type="checkbox"/>
Répond lentement	<input type="checkbox"/>
Cherche ses mots	<input type="checkbox"/>
Se répète	<input type="checkbox"/>

SYMPTOMES RAPPORTÉS PAR LA PERSONNE

Présentez à la personne tous les symptômes suivants, et demandez-lui d'attribuer à chacun une valeur de 0 à 6 en fonction de ce qu'il ressent au moment de l'entrevue : (0) n'éprouve pas le symptôme, (1-2) le ressent comme léger, (3-4) modéré, (5-6) ou grave.

	Intensité des symptômes rapportés par la personne						
	0	1	2	3	4	5	6
Mal de tête	0	1	2	3	4	5	6
Douleur au cou	0	1	2	3	4	5	6
Nausées	0	1	2	3	4	5	6
Pression dans la tête	0	1	2	3	4	5	6
Étourdissements	0	1	2	3	4	5	6
Engourdissement ou picotement	0	1	2	3	4	5	6
Vision floue/vision double	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité à la lumière	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité au bruit	0	1	2	3	4	5	6
Sentiment d'être au ralenti	0	1	2	3	4	5	6
Sentiment d'être dans la brume	0	1	2	3	4	5	6
Sentiment de ne pas être comme d'habitude	0	1	2	3	4	5	6
Sentiment d'être confus	0	1	2	3	4	5	6
Difficulté à se concentrer	0	1	2	3	4	5	6
Difficulté à se souvenir	0	1	2	3	4	5	6
Fatigue ou baisse d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
Plus facilement émotif	0	1	2	3	4	5	6
Irritabilité	0	1	2	3	4	5	6
Tristesse	0	1	2	3	4	5	6
Nervosité ou anxiété	0	1	2	3	4	5	6

Notes: _____
