Code de conduite en cas de commotions cérébrales - cartes à l'intention

DES PARENTS ET DES FOURNISSEURS DE SOINS

Parachute
Le hockey intelligent

J'aiderai mon enfant à prévenir les commotions cérébrales.

- Je m'assurerai que mon enfant porte correctement l'équipement de hockey approprié.
- J'aiderai mon enfant à développer ses habiletés et sa force afin qu'il puisse jouer au mieux de ses capacités.
- Je respecterai les règles de la ligue de hockey de mon enfant et je m'assurerai que mon enfant en fasse autant.
- Je respecterai les entraîneurs, les soigneurs, le personnel de sécurité, les responsables et tous ceux qui œuvrent au sein de la ligue et de l'équipe de mon enfant.
- Je m'assurerai que mon enfant respecte les autres joueurs et qu'il joue de façon loyale et sécuritaire.

Je vérifierai les signes et les symptômes de commotion chez mon enfant et je prendrai au sérieux le problème des commotions cérébrales.

- Je comprends qu'une commotion cérébrale est une lésion cérébrale grave qui peut avoir des effets à court et à long terme.
- Je comprends que tout coup à la tête, au visage, au cou ou un coup porté au corps qui provoque une secousse soudaine de la tête peut causer une commotion cérébrale.
- Je comprends qu'une commotion cérébrale a pu se produire même si mon enfant n'a pas perdu connaissance.
- Si je crois que mon enfant a subi une commotion cérébrale, je l'empêcherai de participer à la pratique ou au jeu immédiatement.
- Je comprends que le fait de continuer à participer au hockey et à d'autres activités physiques en cas de soupçons de commotion cérébrale augmente le risque pour mon enfant de présenter des symptômes plus graves et plus durables ainsi que le risque de subir d'autres blessures.
- Je me tiendrai au courant du protocole et des politiques sur les commotions cérébrales de la ligue de hockey de mon enfant et je m'y conformerai.

Je m'assurerai que mon enfant se sent à l'aise de parler s'il ressent des signes ou des symptômes de commotion cérébrale.

- J'encouragerai mon enfant à ne pas jouer s'il ressent de la douleur et à ne pas cacher les symptômes d'une commotion cérébrale.
- Je m'assurerai que mon enfant sache que s'il éprouve des symptômes de commotion après un impact, il doit en parler à quelqu'un (à moi, son entraîneur, son soigneur, la personne responsable de la sécurité, un responsable ou un autre adulte en qui il a confiance).
- Je m'assurerai que mon enfant informe ses entraîneurs et ses enseignants de tout diagnostic de commotion cérébrale afin qu'ils puissent aider mon enfant à se rétablir.

Je soutiendrai le rétablissement de mon enfant et veillerai à ce qu'il ne reprenne pas le hockey ou une autre activité physique avant qu'il ne soit complètement rétabli.

- Je comprends que si mon enfant montre des signes ou des symptômes de commotion cérébrale, il sera retiré de la pratique ou du jeu et ne pourra pas reprendre ses activités tant qu'il n'aura pas été évalué par un médecin et qu'il n'aura pas obtenu l'autorisation de rejouer.
- Je comprends que mon enfant doit suivre la Stratégie de reprise des activités sportives et je m'engage à l'aider à y parvenir.
- Je comprends que mon enfant devra obtenir l'autorisation d'un médecin avant de reprendre le hockey ou une autre activité physique après avoir subi une commotion cérébrale.
- Je respecterai les entraîneurs, les soigneurs et les professionnels de la santé de mon enfant ainsi que toute décision prise à l'égard de la santé et de la sécurité de mon enfant.

Parent/fournisseur de soins _____ Nom du joueur _____ Date _____

Parachute
PRÉVENIR LES BLESSURES. SAUVEZ DES VIES.