**Modèle d’outil de communication sur les commotions cérébrales**

**Personnalisation de modèle**
Ce formulaire peut être personnalisé pour inclure le logo de votre association et la stratégie de retour au sport s’appliquant spécifiquement à votre sport. Indiquez les renseignements au sujet de la personne à qui vous souhaitez que le formulaire soit renvoyé. Ce formulaire peut être utilisé dans le cadre du processus de suivi du nombre de commotions cérébrales observées au sein de votre organisme.

Ce formulaire est conçu pour faciliter la communication en vue d’un retour au sport et à l’école en toute sécurité (le cas échéant) des joueurs chez qui l’on soupçonne une commotion cérébrale. Veuillez dater et signer à chaque étape et retourner à [remplir les cases] une fois le formulaire rempli.

Insérer le logo de l’organisation

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de joueur : | Date de l’incident (MMJJAAAA) :  |

|  |
| --- |
| **Période de repos initiale** |
| Si l’on soupçonne une commotion cérébrale ou si une commotion est diagnostiquée, les activités cognitives et physiques/sportives doivent être limitées pendant 24 à 48 heures ou jusqu’à ce que les symptômes diminuent progressivement. |
| **Lettre confirmant le diagnostic médical remplie par le médecin ou l’infirmier praticien** |
| Après une période initiale de repos, les joueurs peuvent suivre la stratégie de retour au sport et, le cas échéant, la stratégie de retour à l’école. Les joueurs doivent consacrer un minimum de 24 heures à chaque étape. Pour certains joueurs, la durée est plus longue. Il est possible de suivre la stratégie de retour au sport et la stratégie de retour à l’école de façon simultanée, mais les joueurs scolarisés doivent avoir repris l’école à temps plein avant de reprendre l’entraînement avec contacts et le jeu normale. |
| **Étapes de retour au sport** | **Étapes de retour à l’école** |
| **Étape 1: Activité ne causant pas de symptômes** | **Étape 1 : Activités quotidiennes à la maison** |
| Activités quotidiennes qui ne créent pas de symptômes.Date de fin du processus (MMJJAAAA) : | Activités typiques tant qu’elles ne causent pas de symptômes (ex. : lecture, envoyer des messages-texte, ordinateur/télévision). Commencer par 5-15 minutes et augmenter graduellement.  Cochez la case une fois terminée. |
| Signature du joueur | Signature de parent/tuteur  |
| **Étape 2: Activités scolaires** |
| **Étape 2 : Activité aérobique peu exigeante** | Devoirs, lecture ou autres activités cognitives en dehors de la salle de classe.  Cochez la case une fois terminée. |
| Marche à pied ou bicyclette stationnaire, rythme lent ou moyen. Aucun exercice de résistance. [Insérer un exemple s’appliquant spécifiquement au sport]Date de fin du processus (MMJJAAAA) : |
| **Étape 3 : Reprise des études à temps partiel** |
| Introduction graduelle du travail scolaire. Devra peut-être commencer par une journée scolaire partielle ou en faisant plus de pauses pendant la journée. Cochez la case une fois terminée. |
| Signature du joueur | Signature de parent/tuteur |
| **Étape 3: Exercices spécifiques à un sport** |
| Exercices de course. Aucune activité posant un risque d’impact à la tête. [Insérer un exemple s’appliquant spécifiquement au sport]Date de fin du processus (MMJJAAAA) : | **Étape 4 : Reprise des études à plein temps** |
| Reprendre progressivement les activités scolaires jusqu’à ce qu’une journée entière d’activités puisse être tolérée. Veuillez signer une fois terminé.Date de fin du processus (MMJJAAAA) : |
| Signature du joueur | Signature de parent/tuteur | Signature du joueur | Signature de parent/tuteur |

|  |  |
| --- | --- |
| **Étape 4 : Exercices d’entraînement n’impliquant pas de contact** |  |
| Exercices d’entraînement plus difficiles. Aucune activité posant un risque d’impact à la tête. Peut commencer un entraînement d’activités de résistance progressif. [Insérer un exemple s’appliquant spécifiquement au sport]Date de fin du processus (MMJJAAAA) : |
| Signature du joueur | Signature de parent/tuteur |
| **Lettre d’autorisation médicale remplie par un médecin ou in infirmier praticien** |
| Pour toute activité présentant un risque de contact ou de collision/chute, une autorisation médicale doit être obtenue avant le début de l’étape 5. **Date de l’obtention de l’autorisation médicale** (MMJJAAAA) : |
| **Étape 5** : **Entraînement avec contacts sans restriction** |
| Le joueur doit être confiant en revenant. Les entraîneurs doit évaluer les compétences fonctionnelles du joueur et confirmer sa préparation avant l'étape 6.Date de fin du processus (MMJJAAAA) : |
| Signature du joueur |  | Signature de parent/tuteur | Signature d’entraîneur |
| **Étape 6 : Pratique normale du sport** |
| Date du premier match de retour (MMJJAAAA) : |

|  |
| --- |
| **Remarques :** |