



# EXPERIMENTATION CARTON BLEU

## FORMULAIRE DE DIAGNOSTIC DE LA COMMOTION CEREBRALE ET DE RETOUR AU JEU

### PARTIE JOUEUR

---

Je soussigné **Mr / Mme** (rayer la mention inutile)

NOM :

PRENOM :

Email : .....@.....

**déclare avoir présenté lors d'un match de rugby du** (jj/mm/aaa) :

**une probable commotion cérébrale qui a eu pour conséquence** (Merci de cocher l'une de ces deux cases) :  Je suis sorti(e) du match pour suspicion de commotion cérébrale

Je ne suis pas sorti(e) du match mais j'ai présenté après ce match des symptômes évocateurs de commotion cérébrale

**Je déclare également sur l'honneur aujourd'hui** (Merci de cocher une à une les cases suivantes) :

J'ai observé(e) une période de repos initiale d'au moins 24 heures

J'ai rempli l'auto-questionnaire de symptômes ci-après page 2

Je me suis engagé(e) à suivre un protocole de reprise par paliers à partir de la deuxième semaine suivant le match et, à l'interrompre et à reconsulter si des symptômes réapparaissent

**Dans les 12 derniers mois** :  Je n'ai pas présenté(e) d'autre commotion.

J'ai déjà présenté(e) d'autre commotion, précisez la (les) date(s) :

Date et Signature

### PARTIE MEDECIN

---

**A la suite de cette déclaration et de mon examen médical, Mr/Mme**

**ne présente pas de contre-indication à la pratique du rugby** (merci de cocher l'une des cases ci-dessous) :

au terme du 10<sup>ème</sup> jour suivant l'évènement déclaré puisqu'il (elle) n'a pas présenté(e) de commotion dans les 12 derniers mois

au terme du 21<sup>ème</sup> jour suivant l'évènement déclaré puisqu'il (elle) a présenté(e) auparavant auparavant une commotion dans les 12 derniers mois

au terme du 90<sup>ème</sup> jour suivant l'évènement déclaré et après avis neurologique favorable délivré par un médecin spécialisé puisqu'il(elle) a présenté(e) auparavant 2 autres commotions dans les 12 derniers mois

A

le

Dr

Signature et tampon

Les deux pages du formulaire renseignées doivent être adressées sans délai à [cartonbleu@ffr.fr](mailto:cartonbleu@ffr.fr) ainsi qu'au médecin du comité médical régional du joueur et, le cas échéant, au médecin du club.

**Le joueur concerné pourra reprendre la pratique du rugby sous réserve:**

- de la réception du présent document dûment rempli ;

- du respect de la réglementation en vigueur, notamment des dispositions du règlement médical de la F.F.R. (délais de repos, protocole de reprise du jeu (RPI) établi par World Rugby, ...).



## Auto-questionnaire des symptômes

Indiquez par oui ou par non si vous ressentez l'un ou plusieurs des symptômes suivants s'ils sont inhabituels après un match de rugby. Merci de renseigner toutes les lignes

NOM :

Date : Heure :

| SYMPTOMES                                   | NON                      | OUI                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| J'ai mal à la tête                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai la tête lourde                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai mal au cou                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai des nausées, envie de vomir            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai des vertiges                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai des troubles de la vue                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai des troubles de l'équilibre            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La lumière me gêne                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le bruit me gêne                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me sens ralenti                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai l'impression d'être dans le brouillard | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je ne me sens pas bien                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai du mal à me concentrer                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai du mal à me souvenir des choses        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me sens fatigué(e), je manque d'énergie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me sens confus(e)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai envie de dormir                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai eu du mal à m'endormir                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me sens plus émotif(ve)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me sens plus irritable                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me sens un peu triste                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me sens nerveux(se) ou anxieux(se)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si l'une des cases de la colonne OUI est cochée et que nous sommes à plus de 10 jours de la commotion cérébrale, le diagnostic de commotion persistante est très probable et le joueur (la joueuse) présente encore une contre-indication d'ordre neurologique à la pratique du rugby. Un avis spécialisé est recommandé.

Les deux pages du formulaire renseignées doivent être adressées sans délai à [cartonbleu@ffr.fr](mailto:cartonbleu@ffr.fr) ainsi qu'au médecin du comité médical régional du joueur et, le cas échéant, au médecin du club.