



COMMOTION CEREBRALE

★QUESTIONNAIRE RETROACTIF★

NOM (les 2 premières lettres)		PRENOM (les 2 premières lettres)		Sexe		Age		Nombre d'années de pratique	
DISCIPLINE		CATEGORIE		NIVEAU					
Suite à un choc à la tête lors de la pratique moto, avez-vous déjà :			▶ Perdu connaissance ? (P.C)				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
			▶ Eté étourdi ?				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
SI OUI	Merci de répondre aux questions suivantes. (Attention à bien inscrire les chiffres dans les colonnes correspondant à la situation vécue)						Etourdi sans PC	P.C < 1 minute	PC > 1 minute
SURVENUE	A quel âge avez-vous présenté le 1 ^{er} épisode ? ...								
	Combien d'épisodes en compétition ?								
	Combien d'épisodes à l'entraînement ?								
SIGNES IMMEDIATS			▶ des maux de tête ?						
			▶ des troubles de l'équilibre ?						
	Combien de fois avez-vous ressenti :		▶ des troubles visuels ?						
			▶ des troubles de la mémoire ?						
			▶ des troubles de lucidité ?						
REPRISE SPORTIVE	Combien de fois avez-vous repris :		▶ immédiatement ou après quelques minutes ?						
			▶ le lendemain ?						
			▶ après au moins 3 jours de repos ?						
DIVERS			▶ sans avis médical ?						
	Combien de fois avez-vous :		▶ été transféré dans un hôpital ?						
			▶ effectué des examens d'imagerie (IRM/scanner) ?						
		▶ ressenti des troubles dans les 7 jours suivants ?							
Pensez-vous avoir gardé des séquelles de ce(s) épisode(s) ? Si oui , précisez lesquelles dans le cadre ci-dessous							<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Remarques						Médecin ou kiné			
						Date :			