



Outil de dépistage des commotions cérébrales

Cet outil de référence qui doit être rempli par l'adulte responsable sert à identifier rapidement une commotion cérébrale soupçonnée et à communiquer cette information au parent/tuteur ou à la tutrice.

Un incident impliquant _____ (nom de l'élève/athlète)

à l'endroit suivant: _____, Nous l'avons observé(e) afin de détecter les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale.

Date de l'incident _____ Heure _____

Nom de la personne qui a surveillée l'élève/athlète sur la scène _____

Description de l'incident: ☐ Coup reçu à la tête ☐ Coup reçu au corps

Que s'est-il passé? _____

ÉTAPE 1 Arrêtez l'activité immédiatement afin de déterminer s'il s'agit d'une situation d'urgence

- A)** Initiez les premières étapes du Plan de mesures d'urgence
- Suivez les précautions universelles à prendre en présence de sang et de liquides corporels
 - Si l'élève/athlète ne peut pas lui-même ou elle-même bouger un membre, ne tentez pas de le faire pour lui ou pour elle
 - Restez calme. Parlez d'un ton réconfortant.
 - Ordonnez aux personnes présentes de ne pas s'approcher de l'élève/athlète blessé(e).
- B)** Identifiez si l'élève/athlète présente n'importe quel de ces **signaux d'alerte** à n'importe quel temps (cochez ceux que vous pouvez identifier).

SIGNAUX D'ALERTE

Vous observez:

- ☐ Vomissements répétés
- ☐ Crise épileptique ou convulsions
- ☐ Détérioration de l'état de conscience

L'élève/athlète se plaint de:

- ☐ Douleur au cou
- ☐ Vision double
- ☐ Mal de tête intense ou qui s'aggrave
- ☐ Faiblesse ou picotement/sensation de brûlure aux bras ou aux jambes

L'élève/athlète démontre:

- ☐ Changement inhabituel dans le comportement
- ☐ Confusion ou irritabilité accrues

- C)** S'il s'agit d'une situation d'urgence OU s'il y a présence d'un des **signaux d'alerte**
- Appelez le 911
 - Restez aux côtés de l'élève jusqu'à l'arrivée des services médicaux d'urgence
 - Si la personne n'est pas lucide ou entièrement consciente, une blessure à la colonne cervicale doit être présumée jusqu'à preuve du contraire
 - Le cas échéant, ne retirez pas le casque protecteur de l'athlète, sauf si l'on est formé pour le faire

ÉTAPE 2 Retirez l'élève/athlète de l'activité

Si l'incident **n'est pas** une situation d'urgence, retire l'élève/athlète de l'activité et il ou elle ne doit pas être autorisé à reprendre des activités le même jour. L'élève/athlète doit être examiné par un médecin en titre ou un infirmier praticien dans les plus brefs délais. Pendant que l'élève/athlète attend pour être emmené voir un professionnel de la santé, suivez les instructions à l'étape 3.

ÉTAPE 3 ET 4
PAGE SUIVANTE

Pour les élèves, ce formulaire rempli doit être photocopié pour pouvoir archiver l'original selon la politique du district scolaire et remettre la copie au parent/tuteur ou à la tutrice.

Adapté du "Concussion Response Tool" par le BC Injury Research and Prevention Unit, Concussion Awareness Training Tool

ÉTAPE 3 Surveillez l'élève/étudiant

A) Ne laissez pas l'élève/athlète seul et assurez-vous qu'un adulte responsable soit présent à son côté en tout temps. En plus des **signaux d'alerte**, surveillez pour les signes et symptômes d'une commotion suivants et cochez ceux que vous pouvez identifier.

SIGNES OU SYMPTÔMES D'UNE COMMOTION CÉRÉBRALE	
Signes possibles observés Un signe est un phénomène qui sera observé par une autre personne (p. ex. enseignant(e), entraîneur(euse), surveillant(e), camarade).	Symptômes possibles signalés Un symptôme est un phénomène que l'élève/athlète ressentira ou signalera.
Sur le plan physique <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficulté de prononciation <input type="checkbox"/> Coordination ou équilibre déficients <input type="checkbox"/> Regard vide ou yeux vitreux <input type="checkbox"/> Diminution des capacités de jeu <input type="checkbox"/> Étendu sur le sol, inanimé, ou met du temps à se relever <input type="checkbox"/> Saisir ou serrer sa tête dans les mains 	Sur le plan physique <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Bourdonnement dans les oreilles <input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière et au bruit <input type="checkbox"/> Voir des étoiles ou des lumières clignotantes <input type="checkbox"/> Sensation de fatigue <input type="checkbox"/> Étourdissements et problèmes d'équilibre <input type="checkbox"/> Voir double ou flou / perdre la vision <input type="checkbox"/> Ne pas se sentir normal
Sur le plan cognitif <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficulté à se concentrer <input type="checkbox"/> Facilement distrait <input type="checkbox"/> Confusion générale <input type="checkbox"/> Temps de réaction ralenti (p. ex. répondre aux questions) 	Sur le plan cognitif <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficulté à se concentrer ou à se souvenir <input type="checkbox"/> Sensation d'être au ralenti, fatigue ou manquer d'énergie <input type="checkbox"/> Étourdissements ou sensation d'être "dans le brouillard"
Sur le plan émotionnel/comportemental <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Éprouve des sentiments bizarres ou inappropriés 	Sur le plan émotionnel/comportemental <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Irritabilité, tristesse, se sentir plus émotif que d'habitude <input type="checkbox"/> Nervosité, anxiété, dépression
SI N'IMPORTE QUEL DES SIGNES OBSERVÉS OU SYMPTÔMES SIGNALÉS S'EMPIRENT, APPELEZ LE 911	

B) Posez ces questions pour évaluer la mémoire. Répétez périodiquement (chaque 15 minutes) et cochez la réponse.

Âge de 5 à 12 ans	Heure	Correct	Incorrect	Heure	Correct	Incorrect	Heure	Correct	Incorrect
Où sommes-nous?									
Est-ce que nous sommes le matin ou l'après-midi?									
Quelle a été le sujet de ton dernier cours à l'école?									
Comment s'appelle ton enseignant(e)?									

Âge de 13 ans et plus	Heure	Correct	Incorrect	Heure	Correct	Incorrect	Heure	Correct	Incorrect
Dans quel endroit sommes-nous aujourd'hui?									
À quelle mi-temps sommes-nous?									
Qui a marqué en dernier dans ce match?									
Contre quelle équipe avez-vous joué le dernier match?									
Votre équipe a-t-elle gagné le dernier match?									

ÉTAPE 4 Référer au parent/tuteur ou tutrice

Si qu'il y a des signes observés ou symptômes signalés, ou si l'élève/athlète ne peut répondre aux questions correctement, une commotion cérébrale doit être soupçonnée. L'élève/athlète ne doit pas quitter les lieux sans la surveillance de l'un de ses parents/son tuteur ou sa tutrice (ou de la personne à contacter en cas d'urgence). Le parent/tuteur ou tutrice doit emmener l'élève/athlète pour être examiné(e) par un médecin en titre ou un infirmier praticien dans les plus brefs délais. Idéalement, cela devrait se faire la journée même de la blessure et peut nécessiter d'emmener l'élève/athlète au service d'urgence si ce n'est pas possible de pouvoir consulter leur fournisseur de soins de santé.

Date: _____

Nom de l'adulte responsable: _____ Signature de l'adulte responsable: _____

Pour les élèves, ce formulaire rempli doit être photocopié pour pouvoir archiver l'original selon la politique du district scolaire et remettre la copie au parent/tuteur ou à la tutrice.

Adapté du "Concussion Response Tool" par le BC Injury Research and Prevention Unit, Concussion Awareness Training Tool