



# Lettre d'autorisation médicale

## pour un Retour au sport/activité physique

Date: \_\_\_\_\_ Nom de la personne: \_\_\_\_\_

À qui de droit,

Une personne chez qui on a décelé une commotion cérébrale devrait être suivie conformément aux meilleures pratiques afin de pouvoir suivre une stratégie personnalisée pour un retour graduel aux activités quotidiennes régulières. N'importe quelle personne qui a besoin d'une autorisation médicale pour compléter leur **Stratégie de retour au sport/activité physique** doit pouvoir compléter certaines activités physiques et mentales sans que les symptômes ne réapparaissent.

### Vérification de la progression de la récupération:

	Oui	Non	N/A
1. Accomplissement de toutes les étapes de la <b>Stratégie du retour à l'école</b> avec succès :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Retour complet aux activités mentales habituelles (au travail et/ou à la maison) sans restriction :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Retour complet à l'activité physique et/ou entraînements sans contact avec succès (Voir l'Étape 4 de la Stratégie du retour au sport/à l'activité physique ou au verso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Tous les signes et symptômes ayant mené au diagnostic de commotion cérébrale sont résolus et aucun symptôme n'est réapparu en lien avec les activités des points 2, 3 et 1 (si applicable):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Facteurs modificatifs additionnels pris en considération pour la décision (voir au verso):

---

---

Par conséquent, je \_\_\_\_\_ (nom du médecin/infirmier praticien en lettre moulées)  
ai examiné la personne ci-dessus et je confirme qu'il/elle a reçu l'autorisation médicale de participer aux activités suivantes selon la tolérance à compter de la date indiquée ci-dessus.

#### La personne peut reprendre:

- Pleine participation aux exercices d'entraînement incluant des activités pouvant entraîner un risque d'impact à la tête.
- Participation à l'entraînement en équipe avec contact pour n'importe quel sport et/ou activité physique.

Signature \_\_\_\_\_ MD / I.P. (encerclez la désignation qui convient)

**La Stratégie du retour au sport/à l'activité physique et les facteurs modificatifs additionnels à considérer pour la décision peuvent être consultés au verso.**

Certaines personnes ayant subi une commotion cérébrale peuvent avoir besoin de compléter leur rétablissement en progressant à travers des 2 dernières étapes de la Stratégie du retour au sport/activité physique (voir ci-dessous).

## Retour au sport/à l'activité physique

ÉTAPE	BUT	OBJECTIF	ACTIVITÉS PERMISES
0	REPOS	Repos au niveau cognitif, physique et social	Rester à la maison dans un environnement calme et tranquille.
1	Activité ne causant pas de symptômes	Réintroduction graduelle des activités quotidiennes	Activités quotidiennes qui ne créent pas de symptômes.
2	Activité aérobique peu exigeante	Augmentation de la fréquence cardiaque	Marche ou vélo stationnaire avec un rythme lent ou moyen. Aucun exercice de résistance.
3	Activité physique individuelle sans contact	L'ajout du mouvement	Exercices de course ou de patinage. Aucune activité posant un risque d'impact à la tête.
4	Exercices d'entraînement sans contact	L'entraînement, la coordination et l'augmentation de la charge cognitive	Exercices d'entraînement plus complexes (p.ex. jeu de passes). Peu reprendre l'entraînement musculaire avec résistance progressive.
<b>Autorisation médicale</b>			
5	Entraînement sans restriction	Rétablir la confiance et évaluer les aptitudes fonctionnelles par les entraîneurs	Après avoir obtenu l'autorisation médicale. Pleine participation aux activités d'entraînement régulières.
6	Retour au jeu et/ou à la compétition	Évaluation continue de la performance sportive	Pleine participation à n'importe quelle pratique, jeu ou compétition sportive.

- Chaque étape doit durer un minimum de 24 heures, mais peut durer plus longtemps selon la personne et de sa situation spécifique.
- Si des symptômes apparaissent ou s'aggravent à n'importe quelle étape, la personne doit retourner à l'étape précédente pour au moins 24 heures. Il se peut que la personne ait besoin de retourner à une étape précédente plus d'une fois durant le processus de récupération.
- Si les symptômes persistent (plus de 2 semaines chez les adultes et plus de 4 semaines chez les jeunes sous l'âge de 18 ans), la personne devrait être référée à un professionnel de la santé expert dans la prise en charge des commotions.

**N'importe quelle personne qui a été autorisé à reprendre l'entraînement sans restriction et chez qui les symptômes réapparaissent, devrait faire l'objet d'une évaluation médicale par un médecin ou un infirmier praticien avant de retourner à l'entraînement plein contact.**

### Facteurs modificatifs additionnels à considérer pour la décision (Liste non exhaustive des principaux facteurs modificatifs)

- Examen cervical ou neurologique anormal : Investiguer en conséquence si indiqué.
- Historique de commotion cérébrale comportant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :
  - Des commotions cérébrales rapprochées dans le temps;
  - Survenant avec des forces d'impact décroissantes;
  - Suivies d'une récupération de plus en plus lente.
- Conditions préexistantes : migraines, troubles de santé mentale ou difficultés d'apprentissage.
- Prise de médication psychoactive ou d'anticoagulants.
- L'activité visée est une activité à très haut risque comportant des coups intentionnels à la tête.
- Doute sur l'information obtenue en lien avec une pression externe ou auto-imposée pour revenir au sport.