

Liste de vérification des symptômes post-commotionnels

Nom	Date		
	jour	mois	année

Instructions: S'il vous plaît évaluez vous-même pour les symptômes suivants en prenant compte de la façon dont vous vous sentez **maintenant**.

Symptômes	Aucun	Léger		Modéré		Grave	
Mal à la tête	0	1	2	3	4	5	6
« Pression dans le crane »	0	1	2	3	4	5	6
Douleur dans le cou	0	1	2	3	4	5	6
Nausée ou vomissement	0	1	2	3	4	5	6
Étourdissements	0	1	2	3	4	5	6
Vision trouble	0	1	2	3	4	5	6
Problème d'équilibre	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité à la lumière	0	1	2	3	4	5	6
Sensibilité au bruit	0	1	2	3	4	5	6
Sensation d'être ralenti	0	1	2	3	4	5	6
Sensation d'être « dans le brouillard »	0	1	2	3	4	5	6
Ne pas se sentir normal	0	1	2	3	4	5	6
Problème de concentration	0	1	2	3	4	5	6
Problème de mémoire	0	1	2	3	4	5	6
Fatigue ou pas d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
Confusion	0	1	2	3	4	5	6
Somnolence	0	1	2	3	4	5	6
Difficulté d'endormissement	0	1	2	3	4	5	6
Émotivité accrue	0	1	2	3	4	5	6
Irritabilité	0	1	2	3	4	5	6
Tristesse	0	1	2	3	4	5	6
Nervosité ou anxiété	0	1	2	3	4	5	6

Les symptômes s'aggravent-ils avec l'effort physique?

Oui Non

Les symptômes s'aggravent-ils avec l'effort mental?

Oui Non

Autoévaluation

Entretien avec un clinicien

Autoévaluation guidée par clinicien

Autoévaluation avec un parent