

Vous vous rendez chez votre MEDECIN car vous SUSPECTEZ une
COMMOTION CEREBRALE
 Auto-questionnaire des symptômes

Merci de remettre le document entièrement rempli au médecin qui va vous examiner

| | AUCUN | LEGER | | MODERE | | GRAVE | |
|--|---------|-------|---|--------|---|-------|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| J'ai mal à la tête | | | | | | | |
| J'ai la tête lourde « pression dans le crâne » | | | | | | | |
| J'ai mal au cou | | | | | | | |
| J'ai des nausées, envie de vomir | | | | | | | |
| J'ai des vertiges | | | | | | | |
| Je vois trouble | | | | | | | |
| J'ai des problèmes d'équilibre | | | | | | | |
| La lumière me gêne | | | | | | | |
| Le bruit me gêne | | | | | | | |
| Je me sens au ralenti | | | | | | | |
| J'ai l'impression d'être dans le brouillard | | | | | | | |
| Je ne me sens pas bien | | | | | | | |
| J'ai du mal à me concentrer | | | | | | | |
| J'ai du mal à me souvenir | | | | | | | |
| Je me sens fatigué(e), je manque d'énergie | | | | | | | |
| Je me sens confus (e) | | | | | | | |
| J'ai envie de dormir | | | | | | | |
| J'ai du mal à m'endormir | | | | | | | |
| Je me sens plus émotif(ve) | | | | | | | |
| Je me sens plus irritable | | | | | | | |
| Je me sens un peu triste | | | | | | | |
| Je me sens plus anxieux(se), plus nerveux (se) | | | | | | | |
| Nombre de symptômes présents | SUR 22 | | | | | | |
| Gravité des symptômes | SUR 132 | | | | | | |
| Si 100% correspond à votre état normal avant le choc Quel pourcentage vous attribuez-vous aujourd'hui ? | % | | | | | | |

ATTENTION

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

Un avis spécialisé est recommandé.

FFHANDBALL - PROTOCOLE CARTON MÉDICAL / COMMOTIONS CÉRÉBRALES/
DOCUMENT 3



PROTOCOLE de RETOUR AU JEU après une COMMOTION CÉRÉBRALE

- PÉRIODE INITIALE de 48 heures de REPOS PHYSIQUE et COGNITIF recommandée avant de débiter le protocole de retour au sport

| PALIER | BUT | ACTIVITÉ | OBJECTIF |
|--------|----------------------------------|--|---|
| 1 | ACTIVITÉS LIMITÉES PAR SYMPTOMES | Activités quotidiennes qui n'augmentent pas les symptômes | |
| 2 | ACTIVITÉ AÉROBIQUE LÉGÈRE | MARCHE ou VÉLO stationnaire à un rythme LÉGER ou MODÉRÉ Pas de résistance | AUGMENTER le RYTHME CARDIAQUE |
| 3 | EXERCICES SPÉCIFIQUES | Exercices de handball sans risque d'impact à la tête | AJOUTER du MOUVEMENT |
| 4 | ENTRAINEMENT SANS CONTACT | Exercices plus compliqués | Travail de la COORDINATION Augmentation de la charge COGNITIVE |
| 5 | ENTRAINEMENT AVEC CONTACT | | Restauration de la confiance Evaluation des Aptitudes Fonctionnelles |
| 6 | RETOUR à la COMPÉTITION | | |

- Avant d'envisager une reprise des activités physiques, déjà tenter une reprise des activités intellectuelles (école, travail)
- Chaque ÉTAPE du PROTOCOLE DOIT DURER au moins 24 heures
- Si un SYMPTÔME réapparaît, le sportif doit revenir au PALIER PRÉCÉDENT
- Si les SYMPTÔMES persistent plus de 10 JOURS pour un ADULTE ou plus de 21 JOURS pour un jeune de moins de 18 ans, une CONSULTATION SPÉCIALISÉE doit être programmée

FFHB PROTOCOLE CARTON MEDICAL / COMMOTIONS CEREBRALES/ DOCUMENT 3

Je , soussigné(e) , Dr, certifie avoir examiné ce jour

Mr/Mme.....

Dans le cadre d'un protocole « Commotions Cérébrales FFHB »

Il/Elle présente

- Aucune contre-indication à la reprise du Handball
- Doit suivre le protocole de retour au jeu décrit dans le document 4 ci-joint
- Une contre-indication à la reprise du handball et devra consulter à nouveau dans Jours pour valider son éventuelle reprise

A, le/...../.....