

# RAPPORT DE COMMOTION CÉRÉBRALE

Suivez les étapes de l'outil de formation sur la sensibilisation aux commotions (CATT), et décrivez ensuite l'événement dans ce formulaire.

## Ce rapport d'événement a été rempli par :

NOM :	ORGANISME :	
COORDONNÉES :	DATE (JJ/MM/AAAA) :	
<b>Avez-vous été témoin de l'événement?</b>	<b>Vous indiquez le nom de la personne pour laquelle vous remplissez ce rapport; qui recevra ce rapport? Veuillez cocher toutes les personnes à qui s'adresse ce rapport :</b>	
Oui	La personne blessée	Le supérieur/l'employeur
Non	La personne à contacter en cas d'urgence	L'enseignement/l'école
NOM ET COORDONNÉES DES AUTRES TÉMOINS :	L'ambulancier	L'entraîneur/l'organisme sportif
	L'urgentologue	Autre (préciser) :

## DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

DATE (JJ/MM/AAAA) :	LIEU :
HEURE :	AM      PM
NOM DE LA PERSONNE BLESSÉE :	NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :
COORDONNÉES :	COORDONNÉES :

**Vous décrivez l'événement avec le plus de détails possible :**

**Quels sont les éléments impliqués dans l'événement? Veuillez cocher toutes les réponses applicables :**

<input type="checkbox"/> Coup à la tête	<input type="checkbox"/> Collision avec véhicule automobile	<input type="checkbox"/> Coup porté par une personne
<input type="checkbox"/> Coup au corps	<input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Accident de sport
<input type="checkbox"/> Agression	<input type="checkbox"/> Frappe par un objet	<input type="checkbox"/> Autre :

**Quelle a été la première réaction? Veuillez cocher toutes les réponses applicables.**

- Téléphoner le 9-1-1
- Téléphoner à la personne à contacter en cas d'urgence
- Donner les premiers soins
- Aucune intervention
- Autre :

**Quelle a été la première intervention? Veuillez cocher toutes les réponses applicables :**

- Transporté à l'hôpital par ambulance
- Soigné par les ambulanciers
- Laissé avec la personne à contacter en cas d'urgence
- Personne laissée seule
- Retour aux activités
- Autre :

**La personne a-t-elle manifesté des signes ou ressenti des symptômes immédiats de commotion?**

- Oui                  Non                  Je ne sais pas

**Dans l'affirmative, veuillez cocher toutes les réponses applicables :**

- |   |                    |                                 |
|---|--------------------|---------------------------------|
| Douleur ou sensibilité à la nuque                                   | Perte d'équilibre  | Sensibilité à la lumière/au son |
| Vision double   | Irritabilité       | Acouphène                       |
| Faiblesse ou picotement/sentiment de brûlure aux bras et aux jambes | Trouble de mémoire | Voit « des étoiles »            |
| Mal de tête grave ou qui s'aggrave                                  | Tristesse          | Sensation nébuleuse             |
| Crise ou convulsion   | Confusion          | Fatigue                         |
| Évanouissement  | Mal de tête        | Difficulté à se concentrer      |
| Détérioration de l'état de conscience                               | Étourdissement     | Autre :                         |
| Vomissement   | Nausée             |                                 |
| Comportement agité ou combatif qui s'aggrave                        | Vision floue       |                                 |

### Section réservée à l'administration

**Cet événement a-t-il entraîné un diagnostic de commotion cérébrale?**

- Oui                  Non                  Je ne sais pas

**Cet événement aurait-il pu être évité?**

- Oui                  Non                  Je ne sais pas

**Veuillez décrire les mesures de suivi prises (p. ex., évaluation des risques de sécurité) :**

**Veuillez décrire en quoi il était possible ou impossible d'éviter cet événement :**

**Veuillez décrire les mesures de suivi requises (p. ex., actions systémiques pour assurer la santé et la sécurité) :**