

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) :	
Avez-vous été témoin de l'événement?	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 :	
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) :