

## FORMULAIRE D'AUTORISATION DE RETOUR À L'ENTRAÎNEMENT SANS RESTRICTION

<i>(Doit être rempli par un médecin ou un professionnel de la santé du Programme régional d'organisation de services en traumatisme craniocérébral léger)</i>		
Est-ce que <u>tous les signes ou les symptômes</u> suggérant la présence d'une commotion cérébrale sont disparus (ex. : tableau A)?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Est-ce que le <u>retour complet aux activités scolaires</u> normales a été réalisé sans récurrence de symptômes?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Est-ce que des <u>activités physiques d'intensité élevée</u> en endurance et en force ont été réalisées sans récurrence de symptômes?	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<p><b>RECOMMANDATION A :</b> Si <u>toutes</u> les réponses sont affirmatives, le retour à l'entraînement sans restriction est autorisé sous réserve de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La présence d'un ou plusieurs facteurs aggravants (voir tableau B) peut justifier un maintien prolongé hors des activités à risque ou une référence pour un avis en milieu spécialisé (voir tableau C).</li> <li>La présence ou l'application d'un protocole de gestion des commotions cérébrales plus contraignant relativement au retour au jeu a préséance sur la présente recommandation.</li> </ul>		
<p>Si une des réponses est négative, mais que les symptômes n'augmentent pas ou durent depuis moins de dix jours :</p> <p><b>RECOMMANDATION B :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Remettre et expliquer la procédure de retour à l'apprentissage et de retour à l'activité récréative ou sportive.</li> <li>Prévoir un suivi si les symptômes augmentent ou persistent plus de dix jours sans amélioration à partir de la date de la blessure.</li> </ul>		
<p>Si une des réponses est négative et que les symptômes augmentent ou durent depuis plus de dix jours sans amélioration :</p> <p><b>RECOMMANDATION C :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de retour aux activités à risque.</li> <li>Assurer un suivi et considérer une référence en milieu spécialisé (voir tableau C).</li> <li>Évaluer la possibilité de conditions associées.</li> </ul>		



Encerclez la recommandation formulée :

**A**

**B**

**C**

Commentaires : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

N° de pratique : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

(année – mois – jour)