

# Évaluation de Blessure à la Tête - Formulaire 3

Le formulaire doit être rempli après deux nuits de sommeil, incluant la nuit suivant le match

Nom du joueur :				Âge du joueur :	
Poste occupé au moment de la blessure :		Si rugby à XV, numéro (de 1 à 23)		Année de début de la carrière professionnelle	
Taille du joueur : (mètres)		Poids du joueur : (kgs)		Année de début du rugby	
Nombre de commotions dans les 12 derniers mois ?	Ne sait pas <input type="checkbox"/>		Nombre total de commotion dans sa carrière	Ne sait pas <input type="checkbox"/>	

Nom du médecin		Date de l'évaluation (dd/mm/yy)		Heure de l'évaluation (système sur 24 heures)	
Raison pour HIA3 ?	Suivi des HIA1 et/ou HIA2		Le joueur a développé des symptômes après le match (jour/s)		Demande après l'examen vidéo

## SECTION 1. RÉSUMÉ DES HIA1 ET HIA2

Un formulaire HIA 1 a-t-il été rempli, et si oui, quel en a été le résultat ? (Choisir une réponse)		Un formulaire HIA 2 a-t-il été rempli, si oui, quel a été le diagnostic clinique à ce moment-là ? (Choisir une réponse)	
<b>Oui</b>	<b>JOUEUR SORTI</b>	<b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> HIA2 – Normal, commotion non confirmée <input type="checkbox"/> HIA2 – Normal, mais suspicion clinique soutient une commotion <input type="checkbox"/> HIA2 – Anormal, commotion confirmée <input type="checkbox"/> HIA2 – Commotion pas confirmée ; HIA 2 anormal annulé par le jugement clinique du médecin <input type="checkbox"/> HIA2 – Anormal du fait d'une blessure ou maladie sans commotion
	<input type="checkbox"/> Confirmation d'un signe ou symptôme de Critère 1 <input type="checkbox"/> Test HIA hors du terrain anormal <input type="checkbox"/> Suspicion clinique malgré un test HIA hors du terrain normal <input type="checkbox"/> Joueur sorti du terrain pour une autre blessure <input type="checkbox"/> Moins de 19 ans : Identification et Sortie du terrain		
<b>Non</b>	<b>JOUEUR PAS SORTI DU TERRAIN</b>	<b>Non</b>	<input type="checkbox"/> Apparition de symptômes après la fin du match Apparition de symptômes 3 heures après la blessure <input type="checkbox"/> Test HIA 2 pas terminé malgré une indication <input type="checkbox"/> Suspicion d'incident identifié par la vidéo ou l'observation directe après le match
	<input type="checkbox"/> Le joueur a repris le jeu après avoir effectué le dépistage HIA1 hors du terrain <input type="checkbox"/> Jugement clinique a prévalu sur le dépistage HIA1 hors du terrain <input type="checkbox"/> Le match s'est terminé : le joueur aurait repris le jeu <input type="checkbox"/> Le match s'est terminé : le joueur n'aurait pas repris le jeu		

## SECTION 3. ÉVALUATION COGNITIVE. Évaluation standardisée de commotion (SAC)

### SECTION 2. DÉTAILS SUR L'INCIDENT

Un incident spécifique a-t-il été identifié pendant le match ou l'entraînement, résultant en l'application du Processus HIA pour le joueur après le match ou l'entraînement au moment de l'HIA 2 ou de l'HIA 3 ?  Oui  Non  Pas applicable

Si une blessure pendant le match était à l'origine, à quelle partie du match s'est produit cet incident ?  Quart 1  Quart 2  Quart 3  Quart 4

Événement dans le jeu	Collision avec	Contact	Technique du joueur
<input type="checkbox"/> Plaqueur <input type="checkbox"/> Plaqué <input type="checkbox"/> Ruck/maul <input type="checkbox"/> Mêlée <input type="checkbox"/> Collision accidentelle <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/> Adversaire <input type="checkbox"/> Équipier <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/> Tête/tête <input type="checkbox"/> Tête/épaule <input type="checkbox"/> Tête/membre supérieur <input type="checkbox"/> Tête/genou ou hanche <input type="checkbox"/> Tête/pied ou membre inférieur <input type="checkbox"/> Tête/sol <input type="checkbox"/> Transmission indirecte à la tête <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/> Correcte <input type="checkbox"/> Position de la tête incorrecte <input type="checkbox"/> Autre technique incorrecte <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Autre:
			Jeu déloyal
			<input type="checkbox"/> Sanction infligée au plaqueur <input type="checkbox"/> Sanction infligée au porteur du ballon

### SECTION 3. ÉVALUATION COGNITIVE. Évaluation standardisée de commotion (SAC)

ORIENTATION (1 point par réponse correcte)	Incorrect	Correct
Quel mois sommes-nous ?		
Quelle est la date aujourd'hui ?		
Quel jour de la semaine sommes-nous ?		
En quelle année sommes-nous ?		
Quelle heure est-il (à 1 heure près) ?		
<b>Score Orientation</b> sur 5		

## SECTION 3 (suite). ÉVALUATION COGNITIVE. Évaluation standardisée de commotion (SAC)

### MÉMOIRE IMMÉDIATE

Liste	Alterner les listes de 10 mots						Test 1	Test 2	Test 3
A	menton	monnaie	rideau	pêche	oiseau				
	lampe	feuille	sucré	viande	bateau				
B	bébé	poisson	parfum	fumée	écran				
	jambe	pomme	tapis	chaise	balle				
C	veste	couteau	chemin	tissu	film				
	tapis	cheval	coude	bulle	pomme				

**Score Mémoire immédiate : sur 30**

**Heure à laquelle le dernier test a été achevé :**

### CONCENTRATION : CHIFFRES À L'ENVERS (1 point pour chaque réponse correcte)

List	Test 1		Test 2		Listes alternatives		
	Incorrect	Correct	Incorrect	Correct			
4-9-3					6-2-9	5-2-6	4-1-5
3-8-1-4					3-2-7-9	1-7-9-5	4-9-6-8
6-2-9-7-1					1-5-2-8-6	3-8-5-2-7	6-1-8-4-3
7-1-8-4-6-2					5-3-9-1-4-8	8-3-1-9-6-4	7-2-4-8-5-6

### CONCENTRATION : MOIS À L'ENVERS (1 point par séquence correcte)

Déc-Nov-Oct-Sep-Août-Juillet-Juin-Mai-Avril-Mars-Février-Janvier	Incorrect	Correct

**Chiffres à l'envers & Mois en ordre inverse : sur 5**

## SECTION 4. LISTE DES SYMPTÔMES. LA DONNER AU JOUEUR POUR QU'IL LA LISE

Au joueur : Du coup d'envoi jusqu'à maintenant :

INTENSITÉ		COMBIEN						QUAND			DURÉE					TOUJOURS PRÉSENT							
Indiquer tous les symptômes ressentis depuis la blessure ou après le match et que vous ne ressentez pas habituellement après la pratique du rugby		Indiquer l'intensité maximale de chaque symptôme						Indiquer quand vous avez commencé à ressentir chaque symptôme identifié			Identifiez la durée de chacun de ces symptômes					Confirmer l'intensité de tout symptôme inhabituel encore présent							
		Minime		Modérée		Sévère					0 -15 mn	15 mn à 1 heure	1 heure à 1e nuit	1 <sup>e</sup> nuit à 2 <sup>e</sup> nuit	Au-delà 2e nuit	Minime		Modérée		Sévère			
Non	Oui	1	2	3	4	5	6	A*	B**	C***						0	1	2	3	4	5	6	
Maux de tête (P)																							
Sensation « tête lourde » (P)																							
Douleur cervicale (P)																							
Nausées ou vomissements (P)																							
Fatigue / peu d'énergie (P)																							
Vertiges (V-O)																							
Troubles de la vue (V-O)																							
Troubles de l'équilibre (V-O)																							
Hypersensibilité à la lumière (V-O)																							
Hypersensibilité au bruit (V-O)																							
Sensation d'être au ralenti (C)																							
Sensation d'être dans le brouillard (C)																							
« Ne se sent pas bien » (C)																							
Difficulté à se concentrer (C)																							
Difficulté à se souvenir (C)																							
Confusion (C)																							
Somnolent (C)																							
Problèmes pour s'endormir (Psy)																							
Plus émotionnel (Psy)																							
Irritable (Psy)																							
Tristesse (Psy)																							
Nervosité ou anxiété (Psy)																							

Groupes de symptômes : P = Physiques ; V-O = Vestibulaires-oculaires ; C = Cognitifs ; Psy = Psychologiques

A\* = sur le terrain  
B\*\* = après le match le même jour  
C\*\*\* = après le match, les jours

AMNÉSIE ANTEROGRADE (amnésie après la blessure)?

Non  Oui, durée :

AMNÉSIE RÉTROGRADE (amnésie avant la blessure)?

Non  Oui, durée :

## SECTION 5. ÉVALUATION ÉQUILIBRE, COORDINATION ET MARCHÉ

### EXAMEN DE L'ÉQUILIBRE

	No. d'erreurs
Appui bipodal	
Appui unipodal	
Tandem	

**Résultat diagnostic anormal** : le nombre total d'erreurs est supérieur à l'évaluation de base de présaison OU, si l'évaluation présaison n'est pas disponible, 1 erreur en appui bipodal, 4 erreurs ou plus en Tandem et 6 erreurs ou plus en appui unipodal.

ÉVALUATION NEUROLOGIQUE	Oui	Non
Est-ce que le patient peut lire à voix haute (par ex. liste des symptômes) et suivre les instructions sans difficulté ?		
Est-ce que le patient a l'amplitude totale PASSIVE sans douleur des cervicales ?		
Sans bouger la tête ou le cou, est-ce que le patient peut regarder de gauche à droite et de haut en bas sans vision double ?		
Est-ce que le patient effectue la manœuvre doigt/nez normalement ?		
Est-ce que le patient effectue le test Tandem normalement ?		

### SAC. RAPPEL DIFFÉRÉ. - Ce rappel doit être demandé au moins 5 minutes après le test de Mémoire immédiate

Nombre de mots souvenus du test de Mémoire immédiate (liste de 10 mots) ?	sur 10
---	--------

## SECTION 6 – MODE RESULTS

Symptoms present (number 0-22)	
Symptoms severity (0-132)	
Orientation	out of 5
Immediate Memory: 10-word list	out of 30
Concentration: Digits backwards & Months reverse order	out of 5
Double leg stance errors recorded	
Single leg stance errors recorded	
Tandem stance errors recorded	
Delayed recall - 10-word list	out of 10
Neuro exam: normal/abnormal	

Players with baseline SAC should be assessed against their own baseline. For players where no baseline is available the following results are indicative of a concussion

### NORMATIVE DATA

1. Orientation score of less than 4
2. Immediate memory score less than 16.
3. Concentration score (digits backwards and months reverse order) less than 3
4. Delayed recall result less than 4.
5. Balance testing: double leg stance 1 or more errors, tandem stance 4 or more errors, single leg stance 6 or more errors

**Note: The presence of any symptom in the symptom list which is not usually experienced following a rugby match or training is a strong indicator of concussion.**

## SECTION 7: COMPUTER COGNITIVE ASSESSMENT RESULT (if used)

Computer neuro-cognitive system used     CogSport     Headminder     Impact     Other

What was the result of this computer neuro-cognitive test?     Normal     Abnormal     Not used

**SECTION 8: RESULT OF HIA3**

HIA3 Result:

- HIA3 – Normal
- HIA3 – Normal but clinical suspicion supports a concussion
- HIA3 – Abnormal, concussion confirmed
- HIA3 – No concussion, doctor’s clinical judgement over-ruled abnormal HIA3
- HIA3 – Abnormal due to non-concussive injury or illness

**An ABNORMAL HIA3 is identified by abnormal symptoms, abnormal cognitive assessment (SAC), abnormal computer neuro-cognitive assessment, an abnormal balance assessment OR an abnormal neurological screen**

**SECTION 9: OVERALL RESULT**

Was a concussion identified at any stage during the HIA Process?

No	<b>Reason:</b>	<input type="checkbox"/> Player had no evidence of a Criteria 1, a normal HIA2 and a normal HIA3
Yes	<b>Reason:</b> (More than one option can be selected)	<input type="checkbox"/> Criteria 1 identified <input type="checkbox"/> HIA2 abnormal <input type="checkbox"/> HIA3 abnormal <input type="checkbox"/> Clinical suspicion at any stage despite normal HIA1, HIA2 and HIA3