

COMMISSION REGIONALE MÉDICALE RAPPORT PROTOCOLE COMMOTION CÉRÉBRALE

CONFIDENTIEL

RAPPORT

Nom du 1er arbitre :

Date :

Lieu :

RENCONTRE

- ☐ Nationale (préciser) (Ex. LBWL, NM1, etc.) :
☐ Régionale (préciser) (Ex. PNF, RM2, etc.) :
☐ Départementale (préciser) (Ex. PRF, DM1, etc.) :
☐ Coupes et Trophées (préciser) :
☐ Autre compétition (préciser) :

Equipe A :

Equipe B :

N° rencontre :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

NOM :

Club :

Prénom :

N° de licence :

RAPPORT DÉTAILLÉ DE LA COMMOTION CÉRÉBRALE

Perte de connaissance :

Vomissements :

Convulsion :

Chute lourde :

Traumatisme facial :

Est resté immobile au sol avec difficultés à se relever :

Trouble de l'équilibre :

Confusion hébétude :

Trouble du comportement (nervosité, émotivité, pleurs...) :

Douleur au cou :

Maux de tête :

Troubles de la vision :

Autre :

Score de MADDOCKS effectué : oui non

par qui (précisez)

Si oui, résultat : positif négatif

Remarques complémentaires (détaillez) :

Retour au jeu : oui non

Si non, évacuation sur un centre de soins (urgences ou autre) : oui non

Fait à
Signature

le

Rapport à envoyer à l'issue de la rencontre :

- Pour les compétitions régionales et départementales : à la Commission Régionale Médicale de la Ligue Régionale à l'adresse suivante : commotion@hdfbasket.org

[Vous pouvez exercer vos droits à l'aide du formulaire via le lien suivant « [Demande d'exercice des droits](#) »]