



FORMULAIRE DE SIGNALEMENT DES CAS DE COMMOTIONS CÉRÉBRALES OU BLESSURES GRAVES

SECTION A: DONNEES PERSONNELLES			
Joueur no.	Homme Femme	Equipe	
Age du joueur		Date	
Nom du responsable qui remplit le formulaire		Adresse email/ téléphone	
Fonction dans le club		Signature	
SECTION B: INFORMATIONS SUR LA BLESSURE			
Date de la blessure	(dd/mm/yy)	Evénement	MATCH ENTRAÎNEMENT
Déroulement de la blessure	Contact Non-Contact	Position du joueur	
L'action qui a menée à la blessure a-t-elle été jugée par l'arbitre comme une violation des règles de jeu? OUI NON			
SECTION C: à remplir en cas de COMMOTION CÉRÉBRALE			
Est-ce que l'arbitre a indiqué au joueur de sortir du terrain ?		OUI	NON
Est-ce que le joueur a déjà eu une commotion cérébrale cette saison ?		OUI	NON
Est-ce que le <i>Concussion Recognition Tool 5</i> a été utilisé pour évaluer le joueur ?		OUI	NON
SECTION D: à remplir en cas d'AUTRES BLESSURES			
Partie du corps blessée (entourer)		Type de blessure (entourer)	
Tête/ visage/ nez	Bras/ avant-bras	Coupure	Cartilage
Poitrine/ Côtes/ colonne dorsale	Coude/ poignet	Moelle épinière	Fracture
Abdomen	Main/ doigt/ pouce	Luxation	Entorse/lésion ligamentaire
Colonne lombaire	Hanche/ aine	Lésion tendineuse	Hématome
Bassin	Cheville	Lésion bucco-dentaire	
Epaule/ clavicule	Pied/ orteil	Est-ce que le joueur portait un protège-dents?	
Cuisse antérieur/ postérieur	Nuque	OUI	NON
Genou	Jambe		
SECTION E: SUIVI			
Est-ce que le joueur a nécessité une prise en charge dans un hôpital (sans hospitalisation)?		OUI	NON
Est-ce que le joueur a nécessité une hospitalisation (séjour d'une ou plusieurs nuit(s))?		OUI	NON
La FSR remercie l'IRFU d'avoir autorisé l'utilisation du formulaire IRFU de signalement des cas de Commotions cérébrales et			
Le remplissage de ce formulaire n'a aucune influence sur des éventuelles procédures disciplinaires de la FSR			