

NOM joueur (se) <i>Player's name</i>		Numéro <i>Player's number</i>	
Date de la blessure <i>Date of injury</i>		Nom du médecin <i>Physician's name</i>	
Equipe <i>Team</i>		Equipe adverse <i>Opposition</i>	
compétition		Journée <i>Round</i>	
Heure du coup d'envoi <i>Kick off time</i>		Heure de l'évaluation (sur 24h) <i>Assessment time (24 hour clock)</i>	
Moment de la blessure <i>Time of injury</i>	<input type="checkbox"/> 1 quart temps <i>Quarter 1</i>	<input type="checkbox"/> 2 quart temps <i>Quarter 2</i>	<input type="checkbox"/> 3 quart temps <i>Quarter 3</i> <input type="checkbox"/> 4 quart temps <i>Quarter 4</i>

**MERCI DE RENSEIGNER SOIT LA SECTION 1 SOIT LA SECTION 2
DANS TOUS MES CAS LA SECTION 3 DOIT ETRE RENSEIGNEE**
Complete either section 1 or section 2. Section 3 must be completed in all cases

SECTION 1 – Indiquer ci-dessous la(es) raison(s) de la sortie immédiate et définitive
EN CAS DE CRITERE 1 IDENTIFIE, L'EVALUATION AU BORD DU TERRAIN (SECTION 2) NE DOIT PAS ETRE RENSEIGNEE
Identify below the reason for immediate and permanent removal from field
IF A CRITERIA 1 APPLIES, THE OFF-FIELD SCREEN (SECTION 2) DOES NOT REQUIRE COMPLETION

<input type="checkbox"/>	Crise Tonique posturale <i>Tonic posturing</i>	<input type="checkbox"/>	Convulsions
<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance confirmée <i>Confirmed loss of consciousness</i>	<input type="checkbox"/>	Suspicion de perte de connaissance <i>Suspected loss of consciousness</i>
<input type="checkbox"/>	Trouble de l'équilibre / Ataxie <i>Balance disturbance / Ataxia</i>	<input type="checkbox"/>	Disorientation temps, lieu, entourage <i>Player not orientated in time, place or person</i>
<input type="checkbox"/>	Clairement sonné <i>Clearly dazed</i>	<input type="checkbox"/>	Clairement confus <i>Definite confusion</i>
<input type="checkbox"/>	Troubles du comportement manifestes <i>Definite behavioural changes</i>	<input type="checkbox"/>	Autre signe ou symptôme de commotion <i>On field identification of sign/symptom of concussion</i>
<input type="checkbox"/>	Troubles oculomoteurs (ex: nystagmus spontané) <i>Oculomotor signs (e.g. spontaneous nystagmus)</i>	<input type="checkbox"/>	Moins de 19 ans – reconnaître et sortir <i>Under 19 – recognise and remove</i>

SECTION 2 – Evaluation HIA1 au bord du terrain – indiquez ci-dessous la(es) raison(s) de l'évaluation au bord du terrain

Avant de démarrer l'évaluation au bord du terrain, revoyez la vidéo de l'évènement avec le médecin d'équipe
HIA1 Off-field screen – Identify reason(s) for off-field screen below
Before commencing the off-field screen, review the video of the incident with the team doctor

<input type="checkbox"/>	Impact crânien sans diagnostic apparent <i>Head impact where diagnosis not apparent</i>	<input type="checkbox"/>	Possible changement de comportement <i>Possible behaviour changes</i>
<input type="checkbox"/>	Possible confusion	<input type="checkbox"/>	Evènement traumatique susceptible d'entraîner une commotion <i>Injury event witnessed with potential to result in a concussion</i>
<input type="checkbox"/>	Critère 1 non certain <i>Sub-threshold criteria 1 sign</i>	<input type="checkbox"/>	Autre (identifiez) <i>Other (identify)</i>

SECTION 2 - EVALUATION AU BORD DU TERRAIN

(si l'un des tests ne peut être réalisé, merci d'en indiquer la raison dans la section appropriée)

OFF-FIELD SCREEN

(if unable to perform a specific test please record reason in the appropriate section)

MEMOIRE IMMEDIATE (Un résultat ANORMAL est inférieur à 16 ou inférieur au score présaison)

IMMEDIATE MEMORY (ABNORMAL result is a score less than 16 or less than baseline)

Choisissez au hasard l'une de ces listes de 10 mots et au hasard l'ordre dans lequel vous allez lire la liste choisie sans le modifier en cours des 3 tests successifs. Notez le nombre de bonnes réponses sur un maximum de 30 possibles

Randomly select a list of 10 words and use this same 10 words list three times to assess immediate memory. Identify the number of correct answers with a maximum of 30 possible

Ordre de lecture choisi		<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> ←	<input type="checkbox"/> ←	<input type="checkbox"/> ↓ ↓	<input type="checkbox"/> ↑ ↑	
Liste	Listes de 10 mots					Test 1	Test 2	Test 3
<input type="checkbox"/> A	Sorcière Elbow	Chemin Apple	Maison Carpet	Objet Saddle	Prison Bubble			
	Oiseau Candle	Leçon Paper	Taxi Sugar	Odeur Sandwich	Police Wagon			
<input type="checkbox"/> B	Theatre Baby	Cheval Monkey	Usine Perfume	Soleil Sunset	Image Iron			
	Cheveu Finger	Planete Penny	Chateau Blanket	Valise Lemon	Poulet Insect			
<input type="checkbox"/> C	Chemise Jacket	Jardin Arrow	Chanson Pepper	Papier Cotton	Montagne Movie			
	Poisson Dollar	Couleur Honey	Chaussure Mirror	Oreille Saddle	Enfant Anchor			
<input type="checkbox"/> D	Menton	Monnaie	Rideau	Pêche	Oiseau			
	Lampe	Feuille	Sucre	Viande	Bateau			
<input type="checkbox"/> E	Bebe	Poisson	Parfum	Fumée	Ecran			
	Jambe	Pomme	Tapis	Chaise	Balle			
<input type="checkbox"/> F	Veste	Couteau	Chemin	Tissu	Film			
	Chapeau	Beurre	Miroir	Souris	Dessin			
Score de mémoire immédiate : Immediate memory score :		/ 30						
Heure à la fin du troisième test : Time that last trial was completed								

SECTION 2 - Evaluation au bord du terrain – suite - Off-field Screen - continued		
REPONDEZ A TOUTES LES QUESTIONS - ANSWER ALL QUESTIONS		
Maddock's questions - Orientation	incorrecte	correcte
Dans quel stade jouons-nous ? <i>What venue are we today ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelle mi-temps sommes-nous ? <i>What half is it now?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qui a marqué les points en dernier dans ce match ? <i>Who scored last in this match?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contre quelle équipe avez-vous joué la semaine dernière/la précédente rencontre ? <i>What team did you play last week/game?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre équipe a-t-elle gagnée la rencontre précédente ? <i>Did your team win the last game?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiffres à l'envers (Un résultat ANORMAL est inférieur à 2 ou inférieur au score présaison) <i>Digits backwards (ABNORMAL result is a score less than 2 or less than baseline)</i>	anormal	normal
4-3-9 / 3-8-1-4 / 6-2-9-7-1 / 7-1-8-4-6-2 6-2-9 / 3-2-7-9 / 1-5-2-8-6 / 5-3-9-1-4-8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de l'équilibre - Balance Examination		
Résultat anormal : tandem >3 erreurs ou > au score présaison Simple appui >5 erreurs ou > au présaison	anormale	normale
Tandem nombre d'erreur : <input type="text"/> <i>Tandem Stance total errors :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simple appui nombre d'erreur : <input type="text"/> <i>Single Leg Stance total errors:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score de Symptômes – le joueur doit le lire et répondre à haute voix <i>Symptom checklist – hand questionnaire to player to read and answer aloud</i>	OUI	NON
J'ai mal à la tête <i>Do you have a headache ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des vertiges <i>Do you have any dizziness?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai la tête lourde <i>Do you have any pressure in head?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai la nausée ou envie de vomir <i>Do you feel nauseated or do you feel like vomiting?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des troubles de la vue <i>Do you have any blurred vision?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La lumière ou le bruit me gêne <i>Does the light or noise worry you?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens ralenti <i>Do you feel as though you are slowing down?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens comme si j'étais « dans le brouillard » <i>Do you feel like you are "in a fog"?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me sens pas bien <i>Do you feel unwell ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signes cliniques – à remplir par le médecin <i>Clinical signs – hand the form back to the doctor for completion of this segment</i>	OUI	NON
Emotif – triste anxieux, nerveux, irritable <i>Emotional – sad, anxious, nervous, irritable</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnolent / troubles de la concentration / troubles de la mémoire <i>Drowsy / difficulty concentrating / difficulty remembering</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le médecin réalisant l’HIA suspecte une commotion en dépit de tests normaux <i>Doctor performing HIA suspects concussion despite above tests being normal</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel différé (Un résultat ANORMAL est inférieur à 4 ou inférieur au score présaison) <i>Delayed Recall (ABNORMAL result is a score less than 4 or less than baseline)</i>	anormal	normal
Le rappel différé est réalisé 5 minutes après la fin de la mémoire immédiate <i>Test recall 5 minutes after the initial testing of the 10 immediate memory words</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UNE REPONSE ANORMALE OU INCORRECTE = PAS DE RETOUR AU JEU
ANY ABNORMAL OR INCORRECT ANSWER = NO RETURN TO PLAY

SECTION 3	
Demandée par <i>Requested by</i>	<input type="checkbox"/> Médecin d'équipe <i>Team Doctor</i> <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <i>Physiotherapist</i> <input type="checkbox"/> médecin de match <i>Match Day Doctor</i> <input type="checkbox"/> médecin du tournoi <i>Tournament Doctor</i>
Réalisé par <i>Completed by</i>	<input type="checkbox"/> Médecin d'équipe <i>Team Doctor</i> <input type="checkbox"/> médecin de match <i>Match Day Doctor</i> <input type="checkbox"/> médecin du tournoi <i>Tournament Doctor</i> <input type="checkbox"/> Adjoint médecin d'équipe <i>Assistant Team Doctor</i>

Joueur sorti ? <i>Player removed ?</i>	OUI	raison
		<input type="checkbox"/> Critère 1 confirmé / <i>criteria 1 sign or symptom confirmed</i> <input type="checkbox"/> evaluation HIA au bord du terrain anormale / <i>Off-field HIA screen abnormal</i> <input type="checkbox"/> suspicion clinique en dépit d'un HIA normal / <i>clinical suspicion despite normal off-field HIA screen</i> <input type="checkbox"/> joueur sorti pour une autre blessure / <i>player removed for another injury</i> <input type="checkbox"/> Moins de 19 ans – reconnaître et sortir / <i>Under 19 – recognise and remove</i>
NON	NON	raison
		<input type="checkbox"/> joueur revenu au jeu après HIA / <i>player returned after completion of the off-field screen</i> <input type="checkbox"/> jugement clinique surpassant un HIA anormal / <i>clinical judgement over-ruled abnormal off-field screen</i> <input type="checkbox"/> match terminé - Le joueur pouvait revenir au jeu / <i>game finished – player would have been returned to play</i> <input type="checkbox"/> match terminé – le joueur ne pouvait pas revenir au jeu / <i>game finished – player would have been removed</i>

Indiquez le rôle de la vidéo pour ce HIA - <i>Identify the role of video in this HIA off-field screen</i>	
<input type="checkbox"/> Vidéo non utilisée – <i>video not used</i>	
Blessure à la tête identifiée par <i>Head injury identified by</i>	<input type="checkbox"/> vidéo seule <i>Video only</i> <input type="checkbox"/> vidéo et bord du terrain <i>video and side-line</i> <input type="checkbox"/> au bord ou sur le terrain seulement <i>side-line/on-field only</i>
Critère 1 confirmé par <i>Criteria 1 confirmed by</i>	<input type="checkbox"/> vidéo seule <i>Video only</i> <input type="checkbox"/> vidéo et bord du terrain <i>video and side-line</i> <input type="checkbox"/> au bord ou sur le terrain seulement <i>side-line/on-field only</i>
Décision pour le retour au jeu <i>Decision regarding return to play</i>	Vidéo utilisée ? <i>video contributed ?</i> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Instructions

1. Complete Section 1 if the player is removed immediately and permanently from the field of play.
2. Complete Section 2 if player requires an off-field HIA1 screen
3. If sections of the off-field HIA1 are not fully completed, please identify why in that area.
4. Section 2 of the off-field HIA screen is designed to assist Team Doctors assess head injury where the diagnosis is not immediately apparent.
5. The player must not return to play following an off-field HIA1 if any answer in column 1 is selected.
6. A doctor's clinical suspicion should overrule a normal side-line neurological test
7. Return to play decisions remain the responsibility of the doctor.
8. The team doctor should continue to monitor all athletes who have had a normal off-field HIA1, for symptoms and signs of a delayed concussion.

Criteria 1 sign definitions'

SUSPECTED LOSS OF CONSCIOUSNESS is identified by one of the following

- Cervical hypotonia
- Player falls to ground without protecting themselves
- Player lies on ground motionless for 5 seconds
- LOC confirmed by team member or referee.

BALANCE DISTURBANCE / ATAXIA is identified when the player is unsteady rising from the ground, unsteady taking initial steps or unable to stand steadily or walk normally or steady without support following a clear an obvious head contact.

OFF-FIELD SCREEN INSTRUCTIONS

IMMEDIATE MEMORY - select one 10-word list from the three options. Test the players recall with these same 10 words, three times. Identify the correct number of words recalled, maximum 30.

Instructions

I am going to test your memory. I will read you 10 words and when I am done, you are to repeat to me as many words as you can remember, in any order'

Repeat the same procedure using the same words three times:

"I am going to repeat the same list again. Repeat back as many words as you can remember in any order."

Complete all three trials regardless of score on trial 1 and 2. Read the words at a rate of one per second.

The maximum score is 30.

DIGITS BACKWARDS - start with either option 1 or option 2 numbers.

"I am going to read you a string of numbers and when I am done, you repeat them back to me backwards, in reverse order of how I read them to you. For example, if I say 7-1-9, you would say 9-1-7."

Begin with first 3-digit string. If correct, go to next string length. If incorrect in a string length, read trial 2 in the same string length. Stop if incorrect with both trials in the same string length. The digits should be read at the rate of one per second.

DELAYED RECALL - re-test same immediate memory words - MUST BE 5 MINUTES AFTER FIRST TEST

"Tell me as many words from the list of words read to you earlier in any order."

Balance Examination

The following are instructions for balance testing. Inform the player: *"I am now going to test your balance. Please take your boots off. This test will consist of two twenty second tests with different stances."*

(a) Single leg stance:

"If you were to kick a ball, which foot would you use? [This will be the dominant foot] Now stand on your non-dominant foot. The dominant leg should be held in approximately 30 degrees of hip flexion and 45 degrees of knee flexion. Again, you should try to maintain stability for 20 seconds with your hands on your hips and your eyes closed. I will be counting the number of times you move out of this position. If you stumble out of this position, open your eyes and return to the start position and continue balancing. I will start timing when you are set and have closed your eyes."

(c) Tandem stance:

"Now stand heel-to-toe with your non-dominant foot in back. Your weight should be evenly distributed across both feet. Again, you should try to maintain stability for 20 seconds with your hands on your hips and your eyes closed. I will be counting the number of times you move out of this position. If you stumble out of this position, open your eyes and return to the start position and continue balancing. I will start timing when you are set and have closed your eyes."