

NOM joueur (se) <i>Player's name</i>		Numéro <i>Players'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>

Un HIA 1 a t'il été renseigné, et si oui, quel a été le résultat ? (choisir une option)
WAs an HIA 1 form completed, and if yes, what was the result? (Select one option)

OUI	JOUEUR SORTI DU JEU – PLAYER REMOVED
	<input type="checkbox"/> Critère 1 confirmé (pas de HIA1 section 2) / <i>criteria 1 sign or symptom confirmed (no off-field screen needed)</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>
	JOUEUR REVENU AU JEU – PLAYER NOT REMOVED
	<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>	
NON	<input type="checkbox"/> Symptômes apparus après le match / <i>Symptoms appeared after completion of the game</i>
	<input type="checkbox"/> Une évaluation HIA 1 aurait dû être réalisée / <i>HIA 1 off-field screen not completed despite an indication</i>
	<input type="checkbox"/> Observation directe ou par video d'un évènement suspect après le match / <i>suspicious event identified by vidéo or direct observation after the game</i>
	<input type="checkbox"/> Critère 1 identifié, joueur sorti mais HIA 1 non renseigné. Merci d'indiquer le Critère 1: / <i>Criteria 1 sign or symptom identified, and player removed, but off-field screen not completed. Please confirm Criteria 1:</i> -----

SECTION 1 : ECHELLE DE SYMPTOMES – A TRANSMETTRE AU JOUEUR POUR LE REMPLIR

Merci de lire cette liste de symptômes à voix haute et d'indiquer, le cas échéant si vous les ressentez ou ne les ressentez pas. Ne sont pris en compte que les symptômes que vous pouvez ressentir à l'instant. Indiquez 0 si vous ne les ressentez pas sinon notez leur intensité entre 1(très minime) à 6 (le plus sévère que vous n'avez jamais senti).

To the player : to read the list of symptoms aloud and identify if you have that symptom or not. Score each symptom, based on how you feel at the time of questioning, from 0 (no symptom at all) to 6 (the most severe you have never experienced)

			minime		modéré		sévère	
	absent	présent	1	2	3	4	5	6
Mal à la tête - <i>Headaches</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tête lourde – <i>Pressure in head</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal au cou - <i>Neck pain</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées, vomissements – <i>Nausea or vomiting</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue, manque d'énergie – <i>Fatigue, low energy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges - <i>dizziness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la vue – <i>blurred vision</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'équilibre – <i>balance problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Géné(e) par la lumière – <i>sensitivity to light</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Géné(e) par le bruit – <i>sensitivity to noise</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation d'être ralenti – <i>feeling slowed down</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation d'être dans le brouillard – <i>feeling like in a fog</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne me sens pas bien – <i>don't feel right</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me concentrer – <i>difficulty concentrating</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me souvenir des choses – <i>difficulty remembering</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens confus(e) - <i>confusion</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai envie de dormir, somnolent(e) - <i>drowsiness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à m'endormir – <i>difficulty falling asleep</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis plus émotif(ve) – <i>more emotional</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis plus irritable - <i>irritability</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis plus triste - <i>sadness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis plus nerveux(se), anxieux (se) – <i>nervous or anxious</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 2 : EVALUATION COGNITIVE – Standardized Assessment of Concussion (SAC)

MEMOIRE IMMEDIATE

Choisissez l'une de ces 6 listes de 10 mots. Trois d'entre-elles sont disponibles en anglais

Choisissez l'ordre dans lequel vous allez lire la liste de 10 mots choisie sans le modifier en cours de test

Ordre de lecture choisi	<input type="checkbox"/> →	<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	Chemin	Maison	Objet	Prison			
	Elbow	Apple	Carpet	Saddle	Bubble			
<input type="checkbox"/> B	Oiseau	Leçon	Taxi	Odeur	Police			
	Candle	Paper	Sugar	Sandwich	Wagon			
<input type="checkbox"/> C	Theatre	Cheval	Usine	Soleil	Image			
	Baby	Monkey	Perfume	Sunset	Iron			
<input type="checkbox"/> D	Cheveu	Planete	Chateau	Valise	Poulet			
	Finger	Penny	Blanket	Lemon	Insect			
<input type="checkbox"/> E	Chemise	Jardin	Chanson	Papier	Montagne			
	Jacket	Arrow	Pepper	Cotton	Movie			
<input type="checkbox"/> F	Poisson	Couleur	Chaussure	Oreille	Enfant			
	Dollar	Honey	Mirror	Saddle	Anchor			
<input type="checkbox"/> G	Menton	Monnaie	Rideau	Pêche	Oiseau			
	Lampe	Feuille	Sucre	Viande	Bateau			
<input type="checkbox"/> H	Bebe	Poisson	Parfum	Fumée	Ecran			
	Jambe	Pomme	Tapis	Chaise	Balle			
Score de mémoire immédiate :		/ 30						
Heure à la fin du troisième test :								

ORIENTATION (1 point par réponse correcte)	incorrecte	correcte
Quel mois sommes-nous ? <i>What month is it ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelle est la date aujourd'hui ? <i>What is the date today?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel jour de la semaine sommes-nous ? <i>What is the day of the week?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En quelle année sommes-nous ? <i>What year is it ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelle heure est-il (à une heure près) ? <i>What time is it right now (within 1 hour)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score d'orientation :	/ 5	

CONCENTRATION : CHIFFRES A L'ENVERS (1 point par série réussie)							
série	Test 1		Test 2		Séries alternatives		
	Incorrect	correct	Incorrect	correct			
4-9-3 6-2-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5-2-6 4-1-5	1-4-2 6-5-8	7-8-2 9-2-6
3-8-1-4 3-2-7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-7-9-5 4-9-6-8	6-8-3-1 3-4-8-1	4-1-8-3 9-7-2-3
6-2-9-7-1 1-5-2-8-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4-8-5-2-7 6-1-8-4-3	4-9-1-5-3 6-8-2-5-1	1-7-9-2-6 4-1-7-5-2
7-1-8-4-6-2 5-3-9-1-4-8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-3-1-9-6-4 7-2-4-8-5-6	3-7-6-5-1-9 9-2-6-5-1-4	2-6-4-8-1-7 8-4-1-9-3-5
CONCENTRATION : MOIS A L'ENVERS (1 point si séquence réussie)							
Dec-Nov-Oct-Sep-Aou-Juil-Juin-Mai-Avr-Mar-Fév-Jan						incorrecte	correcte
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score de concentration (Chiffres + mois à l'envers) :					/ 5		

SECTION 3 : EQUILIBRE, EXAMEN NEUROLOGIQUE ET MEMOIRE DIFFEREE				
EQUILIBRE				
MARCHE EN TANDEM		MBESS		
	Temps		N erreur	
Essai 1		Appui bipodal		
Essai 2		Appui tandem		
Essai 3		Appui monopodal		
Résultat diagnostique anormal : plus d'erreurs qu'en présaison ou s'il n'y a pas de test présaisons disponible, un score d'erreur en bipodal >1, en tandem >3 et en monopodal >5 ; marche en tandem >13 sec – More errors than baseline OR if no baseline a score in double leg stance 1 or more errors, tandem stance 4 or more errors, single leg stance 6 or more errors				
EXAMEN NEUROLOGIQUE			non	oui
Le joueur peut-il lire à voix haute (par ex la liste des symptômes) et suivre les instructions sans difficulté ? <i>Can the player read aloud (e.g; symptom checklist) and follow instructions without difficulty?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mobilisation cervicale passive est-elle sans limitation et indolore ? <i>Does the player have a full and pain-free PASSIVE cervical spine movement?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans bouger la tête ni le cou, la poursuite horizontale et verticale peut-elle être réalisée sans diplopie ? <i>Without moving their head or neck, can the player look side-to-side and up-and-down without diplopia?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le joueur exécute-t-il la manœuvre doigt-nez normalement ? <i>Can the player perform the finger-nose coordination test normally ?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le joueur réalise-t-il l'épreuve de la marche en tandem normalement ? <i>Can the player perform tandem gait normally?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAC – MEMOIRE DIFFEREE (à réaliser au moins 5 minutes après le test de mémoire immédiate)		
heure :	Nombre de mots retenus (liste de 10 mots) du test de mémoire immédiate : <i>Number of words from immediate memory test remembered (10 words list)</i>	/ 10

SECTION 4 : RESULTATS - MODE RESULTS	
Nombre de symptômes présents – <i>symptoms present</i>	/22
Sévérité des symptômes – <i>symptoms severity</i>	/132
Orientation	/5
Mémoire immédiate – <i>immediate memory 10-words list</i>	/30
Concentration (chiffres et mois à l'envers – <i>Digits backwards & months reverse order</i>)	/5
Appui bipodal – <i>double leg stance errors</i>	
Appui tandem – <i>tandem stance errors</i>	
Appui monopodal – <i>single leg stance errors</i>	
Mémoire différée - <i>delayed recall 10-words list</i>	/10
Examen neurologique	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<p>DONNEES NORMATIVES – NORMATIVE DATA</p> <p>Les joueurs doivent être évalués en comparaison de leurs données présaisons. Si les données présaisons ne sont pas disponibles, les résultats suivants sont indicatifs d'une commotion cérébrale – <i>Players with baseline SCAT should be assessed against their own baseline. For players where no baseline is available the following results are indicative of a concussion</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Orientation: score < 4 Mémoire immédiate – <i>immediate memory</i>: score < 16 Concentration (chiffres et mois à l'envers – <i>digits backwards and months reverse order</i>) : score < 3 Mémoire différée - <i>delayed results</i> : score < 4 Tests d'équilibre – <i>balance testing</i> <ul style="list-style-type: none"> Double appui – <i>double leg stance</i> : 1 erreur ou plus – <i>1 or more errors</i> Appui en tandem – <i>tandem stance</i> : 4 erreurs ou plus – <i>4 or more errors</i> Simple appui – <i>single leg stance</i> : 6 erreurs ou plus – <i>6 or more errors</i> 	

SECTION 5 : RESUME CLINIQUE – CLINICAL SUMMARY

Résultats du HIA 2 – HIA 2 Results

- HIA 2 - normal commotion non confirmée
HIA 2 - normal, concussion not confirmed
- HIA 2 - normal mais suspicion clinique pour une commotion
HIA 2 - normal, but clinical suspicion supports a concussion
- HIA 2 - anormal commotion confirmée
HIA 2 - abnormal, concussion confirmed
- HIA 2 - commotion non confirmée ; le jugement clinique surpassant un HIA 2 anormal
HIA 2 – concussion not confirmed; doctor's clinical judgement overruled abnormal HIA 2
- HIA 2 - anormal du fait d'une autre blessure ou d'une maladie
HIA 2 – abnormal due to non-concussive injury or illness

Un HIA 2 ANORMAL est identifié par un score de symptômes anormal, une évaluation cognitive (SAC) anormale, une évaluation de l'équilibre anormale OU une évaluation neurologique anormale
An ABNORMAL HIA 2 is identified by abnormal symptoms, abnormal cognitive assessment (SAC), an abnormal balance assessment OR an abnormal neurological screen

Synthèse diagnostique à ce stade – *Diagnosis to date*

- COMMOTION CONFIRMEE – CONCUSSION CONFIRMED.** Merci d'en indiquer les arguments
 - Critère(s) 1, merci de cocher tous les critères 1 observés :
 - Crise Tonique posturale Convulsions Perte de connaissance confirmée
 - Suspicion de perte de connaissance Trouble de l'équilibre / Ataxie Désorientation
 - Clairement sonné Clairement confus Troubles du comportement
 - Troubles oculomoteurs Autre signe ou symptôme de commotion
 - HIA 2 anormal, merci de cocher tous les éléments anormaux du HIA2 :
 - Score de symptômes cognition équilibre évaluation neurologique
 - Suspicion clinique, détaillez :
- COMMOTION NON CONFIRMEE – CONCUSSION NOT CONFIRMED**

Si le joueur blessé présente des symptômes non habituellement observés après un match ou un entraînement et que votre diagnostic est COMMOTION NON CONFIRMEE, merci d'en indiquer la raison – if the injured player has symptoms not usually experienced following a rugby match or training and your diagnosis is NOT concussion, please provide an explanation below

La présence du moindre symptôme non habituellement observé après un match ou un entraînement est très en faveur d'une commotion – 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

Notes on implementation

The symptoms score is determined by counting the number of individual symptoms reported. The result should be compared to each individual's baseline score. For athletes without a baseline score, if any symptom is declared in the symptom list which is not usually experienced by the player following a Rugby match or training, this is strongly indicative of concussion.

IMMEDIATE MEMORY

"I am going to test your memory. I will read you a list of words and when I am done, repeat back as many words as you can remember, in any order."

Trials 2 and 3: *"I am going to repeat the same list again."*

Repeat back as many words as you can remember in any order, even if you said the word before."

Complete all three trials regardless of score on trial 1 and 2. Read the words at a rate of one per second. Score one point for each correct response. Total score equals sum across all three trials. Do not inform the athlete that delayed recall will be tested.

CONCENTRATION

Digits backward:

"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."

Start with the 3-digit string length from trial 1. If correct, move to increasing string lengths, scoring one point for each correct sequence. If an incorrect sequence is given, move onto the same digit length in the next trial. Stop the test if incorrect answers are given in two consecutive trials.

Months in reverse order:

"Now tell me the months of the year in reverse order. Start with the last month and go backward. So you'll say December, November ... Go ahead."

Score one point for entire sequence correct.

BALANCE TEST

This balance testing is based on a modified version of the Balance Error Scoring System (BESS). A stopwatch or watch with a second hand is required for this testing.

"I am now going to test your balance. Please take your shoes off, roll up your pant legs above ankle (if applicable), and remove any ankle taping (if applicable). This test will consist of three twenty second tests with different stances."

Double leg stance:

"The first stance is standing with your feet together with your hands on your hips and with your eyes closed. You should try to maintain stability in that position for 20 seconds. I will be counting the number of times you move out of this position. I will start timing when you are set and have closed your eyes."

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."

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."

An error in the balance test is any one of the following:

- Hands off hips
- Opens eyes
- Stumbles or falls
- Lifts forefoot or heel or remains out of test position for more than five seconds.

UPPER LIMB CO-ORDINATION

Finger-to-nose (FTN) task:

"I am going to test your co-ordination now. Please sit comfortably on the chair with your eyes open and your arm (either right or left) outstretched (shoulder flexed to 90 degrees and elbow and fingers extended). When I give a start signal, I would like you to perform five successive finger-to-nose repetitions using your index finger to touch the tip of the nose as quickly and as accurately as possible."

Scoring: Unable to complete 5 correct repetitions in less than 4 seconds = 1 point

Athletes fail the test if they do not touch their nose, do not fully extend their elbow or do not perform five repetitions. Failure should be scored as 1.

DELAYED RECALL

The delayed recall should be performed after completion of the balance and co-ordination examination.

"Do you remember that list of words I read a few times earlier? Tell me as many words from the list as you can remember in any order." Score one point for each correct response.

THIS TOOL MUST BE USED FOR POST-MATCH, SAME DAY DIAGNOSIS