

## Evaluation des blessures à la tête – Formulaire 3

(à compléter après deux nuits de repos – incluant la nuit du match)

**HIA3**

NOM joueur (se) <i>Player's name</i>			age <i>Players's age</i>	
Poste au moment de la blessure <i>Playing position at time of injury</i>		Si remplaçant, numéro (1 -23) : <i>If 15-a-side, playing number (1-23)?</i>	Année début rugby prof.: <i>Year commenced prof. rugby:</i>	
Taille <i>Player's height</i>		Poids : <i>Player's weight:</i>	Année début rugby: <i>Year began playing rugby:</i>	
N commotions dans les 12 derniers mois ? <i>Number diagnosed concussions in past 12 months?</i>	<input type="checkbox"/> ne sais pas <i>Don't know</i>	Nombre de commotions sur toute la carrière? <i>Number of career concussions?</i>	<input type="checkbox"/> ne sais pas <i>Don't know</i>	

Nom du médecin : <i>Physician's name :</i>		Date du HIA3: <i>Assessment date :</i>		Heure (sur 24h) : <i>Assessment time (24 h clock) :</i>	
Motif du HIA 3 ? <i>Reason for HIA 3?</i>	<input type="checkbox"/> suivi HIA 1 et/ou HIA 2 <i>Follow-up of HIA 1 and/or HIA 2</i>	<input type="checkbox"/> Symptômes apparus après le match <i>Player developed symptoms day(s) following game</i>	<input type="checkbox"/> demandé après revue vidéo <i>Requested following video review</i>		

### SECTION 1 : RÉSUMÉ DES HIA1 ET HIA2 – SUMMARY OF HIA 1 AND HIA 2

Un HIA 1 a t'il été renseigné, et si oui, quel a été le résultat ? (choisir une option) <i>WAs an HIA 1 form completed, and if yes, what was the result? (Select one option)</i>		Un HIA 2 a t'il été renseigné, et si oui, quel a été le diagnostic à son terme ? (choisir une option) <i>WAs an HIA 2 form completed, and if yes, what was the clinical diagnosis at that time? (Select one option)</i>	
<b>OUI</b>	<b>JOUEUR SORTI DU JEU – PLAYER REMOVED</b>	<b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> HIA 2 - normal commotion non confirmée <i>HIA 2 - normal, concussion not confirmed</i>
	<input type="checkbox"/> Critère 1 confirmé (pas de HIA1 section 2) / <i>criteria 1 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>		<input type="checkbox"/> HIA 2 - normal mais suspicion clinique pour une commotion <i>HIA 2 - normal, but clinical suspicion supports a concussion</i> <input type="checkbox"/> HIA 2 - anormal commotion confirmée <i>HIA 2 - abnormal, concussion confirmed</i>
<b>OUI</b>	<b>JOUEUR REVENU AU JEU – PLAYER NOT REMOVED</b>	<b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> HIA 2 - anormal commotion confirmée <i>HIA 2 - abnormal, concussion confirmed</i>
	<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 RTP</i> <input type="checkbox"/> Match terminé. Le joueur ne pouvait pas revenir au jeu / <i>game finished. Player would have been removed</i>		<input type="checkbox"/> HIA 2 - commotion non confirmée ; le jugement clinique surpassant un HIA 2 anormal <i>HIA 2 – concussion not confirmed; doctor's clinical judgement overruled abnormal HIA 2</i> <input type="checkbox"/> HIA 2 - anormal du fait d'une autre blessure ou d'une maladie <i>HIA 2 – abnormal due to non-concussive injury or illness</i>
<b>NON</b>	<input type="checkbox"/> Symptômes apparus après le match / <i>Symptoms appeared after completion of the game</i>	<b>NON</b>	<input type="checkbox"/> Symptômes apparus plus de 3 heures après l'évènement traumatique <i>Symptoms appeared more than 3 hours after injury</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>		<input type="checkbox"/> Le HIA 2 aurait dû être réalisé <i>HIA 2 off-field screen not completed despite an indication</i> <input type="checkbox"/> évènement suspect identifié directement ou par vidéo les jours suivant le match <i>Suspicious event identified by video or direct observation after the matchday</i>

## Evaluation des blessures à la tête – Formulaire 3

(à compléter après deux nuits de repos – incluant la nuit du match)

HIA3

### SECTION 2 : DETAILS DE L'ÉVENEMENT – INCIDENT DETAILS

Y a-t-il un fait de match ou d'entraînement identifié responsable de la mise en œuvre du processus HIA après le match ou l'entraînement, au stade du HIA2 ou HIA3 ? <i>Was there a specific game or training incident that cause the player to enter the HIA process after the game or training at the time of HIA 2 or HIA 3?</i>			<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> non applicable <i>not relevant</i>	
S'il s'agit d'un évènement en match, à quel moment est-il survenu ? <i>if a match injury was responsible in what quarter of the match did this incident occur?</i>			<input type="checkbox"/> 1 quart	<input type="checkbox"/> 2 quart	<input type="checkbox"/> 3 quart	<input type="checkbox"/> 4 quart
Incident de jeu - <i>Game event</i> :	Collisions avec – <i>collision with</i> :	Contact :	Technique du joueur – <i>Player technique</i> :			
<input type="checkbox"/> plaqueur <i>Tackling</i>	<input type="checkbox"/> Adversaire <i>Opponent</i>	<input type="checkbox"/> tête-tête <i>Head with head</i>	<input type="checkbox"/> Technique correcte <i>Correct technique</i>			
<input type="checkbox"/> plaqué <i>Being tackled</i>	<input type="checkbox"/> Co-équipier <i>Co-player</i>	<input type="checkbox"/> Tête-épaule <i>Head with shoulder</i>	<input type="checkbox"/> Position de la tête incorrecte <i>Incorrect head position</i>			
<input type="checkbox"/> Ruck / Maul	<input type="checkbox"/> Sol <i>Ground</i>	<input type="checkbox"/> Tête-membre sup. <i>Head with upper limb</i>	<input type="checkbox"/> Autre technique incorrecte <i>Other Incorrect technique</i>			
<input type="checkbox"/> Mêlée / Scrum	<input type="checkbox"/> Inconnu <i>Unknown</i>	<input type="checkbox"/> Tête-hanche/genou <i>Head with knee or hip</i>	<input type="checkbox"/> Inconnu <i>Unknown</i>			
<input type="checkbox"/> Collision accidentelle <i>Accidental collision</i>	<input type="checkbox"/> Autre <i>Other</i>	<input type="checkbox"/> Tête-pied/membre inf. <i>Head with foot/lower leg</i>	<input type="checkbox"/> Non applicable <i>Not applicable</i>			
<input type="checkbox"/> Inconnu <i>Unknown</i>		<input type="checkbox"/> Tête-sol <i>Head with ground</i>	<input type="checkbox"/> Autre <i>Other</i>			
<input type="checkbox"/> Autre <i>Other</i>		<input type="checkbox"/> Transmission indirecte à la tête <i>Indirect transmission of force to head</i>	<b>Jeu dangereux <i>Foul play</i></b>			
		<input type="checkbox"/> Inconnu <i>Unknown</i>	<input type="checkbox"/> Plaqueur sanctionné <i>Sanction given to tackler</i>			
		<input type="checkbox"/> Autre <i>Other</i>	<input type="checkbox"/> Porteur de balle sanctionné <i>Sanction given to ball carrier</i>			

### SECTION 3 : ÉVALUATION COGNITIVE - COGNITIVE ASSESSMENT – Standardized Assessment of Concussion (SAC)

ORIENTATION (1 point par réponse correcte – 1 point for each correct answer)	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"/>
<b>Score d'orientation :</b>	<b>/ 5</b>	

## Evaluation des blessures à la tête – Formulaire 3

(à compléter après deux nuits de repos – incluant la nuit du match)

HIA3

### SECTION 3 (suite *continued*) : EVALUATION COGNITIVE – Standardized Assessment of Concussion (SAC)

#### MEMOIRE IMMEDIATE IMMEDIATE MEMORY

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"/> ↑↑		
Liste	Listes de 10 mots Alternative 10-word lists					Test 1	Test 2	Test 3
<input type="checkbox"/> A	Sorcière - Elbow Oiseau - Candle	Chemin - Apple Leçon - Paper	Maison - Carpet Taxi - Sugar	Objet - Saddle Odeur - Sandwich	Prison - Bubble Police - Wagon			
<input type="checkbox"/> B	Theatre - Baby Cheveu - Finger	Cheval - Monkey Planete - Penny	Usine - Perfume Chateau - Blanket	Soleil - Sunset Valise - Lemon	Image - Iron Poulet - Insect			
<input type="checkbox"/> C	Chemise - Jacket Poisson - Dollar	Jardin - Arrow Couleur - Honey	Chanson - Pepper Chaussure - Mirror	Papier - Cotton Oreille - Saddle	Montagne - Movie Enfant - Anchor			
<input type="checkbox"/> D	Menton Lampe	Monnaie Feuille	Rideau Sucre	Pêche Viande	Oiseau Bateau			
<input type="checkbox"/> E	Bebe Jambe	Poisson Pomme	Parfum Tapis	Fumée Chaise	Ecran Balle			

Score de mémoire immédiate *Immediate memory score* : / 30

Heure à la fin du troisième test *Time that last trial was completed* :

#### CONCENTRATION : CHIFFRES A L'ENVERS - DIGITS BACKWARDS (1 point par série réussie - 1 point for each correct answer)

série	Test 1		Test 2		Séries alternatives Alternative digit lists		
	Incorrect	correct	Incorrect	correct			
4-9-3 (6-2-9)	<input checked="" 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 – MONTHS IN REVERSE ORDER (1 point si séquence réussie – 1 point for entire correct sequence)

Dec-Nov-Oct-Sep-Aou-Juil-Juin-Mai-Avr-Mar-Fév-Jan	incorrecte	correcte
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score de concentration – *Concentration score* (Chiffres + mois à l'envers) : / 5

## Evaluation des blessures à la tête – Formulaire 3

(à compléter après deux nuits de repos – incluant la nuit du match)

HIA3

SECTION 4 : EVALUATION DES SYMPTOMES - Score de symptomes – SYMPTOM ASSESSMENT - Symptom Checklist																								
A TRANSMETTRE AU JOUEUR POUR LE LIRE – HAND TO PLAYER TO READ																								
Au joueur : depuis le coup d'envoi jusqu'à maintenant : - To the player : From kick-off time until now:																								
COMBIEN ? HOW MANY ?			QUELLE INTENSITE ? HOW MUCH ?						QUAND ? WHEN ?			COMBIEN DE TEMPS ? HOW LONG ?					TOUJOURS PRESENT ? STILL PRESENT ?							
Identifiez <u>tous</u> les symptômes inhabituels pour le rugby que vous avez présenté depuis la blessure ou le match <i>Identify any symptom you have experienced since the injury or following the match which is not usually noted with rugby</i>			Notez l'intensité maximale de chaque symptôme <i>Identify the maximum intensity of each symptom</i>						Notez le moment où chaque symptôme a commencé <i>Identify when you started to feel each symptom identified</i>			Notez combien de temps chaque symptôme a duré <i>Identify how long each of these symptoms lasted</i>					Notez l'intensité de chaque symptôme inhabituel qui est toujours présent <i>Confirm the intensity of any unusual symptom that is still present</i>							
																							minime	
NON	OUI		1	2	3	4	5	6	A*	B**	C***							0	1	2	3	4	5	6
Mal à la tête (P) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 b(P) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (P) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (P) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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, faible énergie (P) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (V-O) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (V-O) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (V-O) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gêné(e) par la lumière (V-O) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gêné(e) par le bruit (V-O) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (C) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le brouillard (C) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Evaluation des blessures à la tête – Formulaire 3

(à compléter après deux nuits de repos – incluant la nuit du match)

HIA3

COMBIEN ? HOW MANY ?			QUELLE INTENSITE ? HOW MUCH ?						QUAND ? WHEN ?			COMBIEN DE TEMPS ? HOW LONG ?					TOUJOURS PRESENT ? STILL PRESENT ?							
Identifiez <u>tous</u> les symptômes inhabituels pour le rugby que vous avez présenté depuis la blessure ou le match <i>Identify any symptom you have experienced since the injury or following the match which is not usually noted with rugby</i>			Notez l'intensité maximale de chaque symptôme <i>Identify the maximum intensity of each symptom</i>						Notez le moment où chaque symptôme a commencé <i>Identify when you started to feel each symptom identified</i>			Notez combien de temps chaque symptôme a duré <i>Identify how long each of these symptoms lasted</i>					Notez l'intensité de chaque symptôme inhabituel qui est toujours présent <i>Confirm the intensity of any unusual symptom that is still present</i>							
																							minime	
NON	OUI		1	2	3	4	5	6	A*	B**	C***						0	1	2	3	4	5	6	
Je ne me sens pas bien (C) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du mal à me concentrer (C) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du mal à me souvenir (C) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confus(e) (C) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnolent(e) (C) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du mal à m'endormir (Psy) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus émotif(ve) (Psy) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité (Psy) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristesse (Psy) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerveux(se), anxieux(e) (Psy) <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Groupes symptomatiques : P :Physique – V-O : Oculo-vestibulaire – C :cognitif – Psy : Psychologique

A\* : sur le terrain - *On the pitch*

B\*\* : post-match le même jour – *Post-match, same day*

C\*\*\* : post-match, jours suivants – *Post-match, days after*

### AMNESIE ANTEROGRADE ?

(amnésie après la blessure – *amnesia after the injury*)

NON     OUI    Durée :            min

### AMNESIE RETROGRADE ?

(amnésie avant la blessure - *amnesia before the injury*)

NON     OUI    Durée :            min

## Evaluation des blessures à la tête – Formulaire 3

(à compléter après deux nuits de repos – incluant la nuit du match)

HIA3

### SECTION 5 : EQUILIBRE, COORDINATION ET MARCHÉ – BALANCE, COORDINATION AND GAIT ASSESSMENT

#### EQUILIBRE – BALANCE EXAMINATION

MARCHÉ 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 – NEUROLOGICAL SCREEN

	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 – DELAYED RECALL

(à réaliser au moins 5 minutes après le test de mémoire immédiate – *Must be asked at least 5 minutes after Immediate Memory test*)

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
---------	--	------

## Evaluation des blessures à la tête – Formulaire 3

(à compléter après deux nuits de repos – incluant la nuit du match)

HIA3

### SECTION 6 : 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 &amp; 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

#### DONNEES NORMATIVES – NORMATIVE DATA

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 – *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*

- Orientation: score < 4
- Mémoire immédiate – *immediate memory*: score < 16
- Concentration (chiffres et mois à l'envers – *digits backwards and months reverse order*) : score < 3
- Mémoire différée - *delayed results* : score < 4
- Tests d'équilibre – *balance testing*
  - Double appui – *double leg stance* : 1 erreur ou plus – *1 or more errors*
  - Appui en tandem – *tandem stance* : 4 erreurs ou plus – *4 or more errors*
  - Simple appui – *single leg stance* : 6 erreurs ou plus – *6 or more errors*

**Note : la présence d'au moins un symptôme sur le score de symptômes qui n'est pas habituel après un match ou un entraînement de rugby est très évocatrice du diagnostic de commotion cérébrale –**  
***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 : EVALUATION COGNITIVE COMPLEMENTAIRE - ADDITIONNAL COGNITIVE ASSESSMENT (si réalisée - *if used*)

Evaluation cognitive informatisée réalisée :  Cogsport  Headminder  Impact  autre - *Other* :  
*Computer neurocognitive system used*

Quel est le résultat de cette évaluation cognitive informatisée ?  normal  anormal  non utilisée – *not used*  
*What was the result of this computer neurocognitive test ?*

TMT & CODE  TMT normal  TMT anormal  TMT non réalisé  CODE normal  CODE anormal  CODE non réalisé

## Evaluation des blessures à la tête – Formulaire 3

(à compléter après deux nuits de repos – incluant la nuit du match)

HIA3

### SECTION 8 : RÉSULTAT DU HIA 3 – RESULT OF HIA 3

#### HIA 3 Result:

- HIA 3 - normal
- HIA 3 - normal mais suspicion clinique pour une commotion  
*HIA 3 - normal, but clinical suspicion supports a concussion*
- HIA 3 - anormal commotion confirmée  
*HIA 3 - abnormal, concussion confirmed*
- HIA 3 - commotion non confirmée ; le jugement clinique surpassant un HIA 3 anormal  
*HIA 3 – concussion not confirmed; doctor’s clinical judgement overruled abnormal HIA 3*
- HIA 3 - anormal du fait d’une autre blessure ou d’une maladie  
*HIA 3 – abnormal due to non-concussive injury or illness*

Un HIA 3 ANORMAL est identifié par un score de symptômes anormal, une évaluation cognitive (SAC et/ou évaluation cognitive complémentaire) 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 and/or computer assessment), an abnormal balance assessment OR an abnormal neurological screen*

### SECTION 9 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS – OVERALL RESULT

Une commotion a-t-elle été identifiée à l’une des étapes du processus HIA ? - Was a concussion identified at any stage during the HIA Process?

<b>NON</b>	<b>Raison</b>	<input type="checkbox"/> pas de critère 1, HIA 2 normal et HIA 3 normal <i>Player had no evidence of a criteria 1, a normal HIA 2 and a normal HIA 3</i>
<b>OUI</b>	<b>Raison</b> Plusieurs options possibles <i>More than one option can be selected</i>	<input type="checkbox"/> Critère 1 identifié – <i>Criteria 1 identified</i>
		<input type="checkbox"/> HIA 2 anormal – <i>HIA 2 abnormal</i>
		<input type="checkbox"/> HIA 3 anormal - <i>HIA 3 abnormal</i>
		<input type="checkbox"/> Suspicion clinique à l’une des étapes en dépit de HIA 1, 2 et 3 normaux <i>Clinical suspicion at any stage despite normal HIA1, 2 and 3</i>



## Evaluation des blessures à la tête – Formulaire 3

(à compléter après deux nuits de repos – incluant la nuit du match)

HIA3

### SECTION 10 : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

- Il ne s'agit pas d'une commotion cérébrale. Le joueur (la joueuse) ne présente dès aujourd'hui aucune contre-indication d'ordre neurologique à la reprise de l'exposition au contact (entraînement avec contact et entraînement avec contact et rugby en compétition)
- Il s'agit d'une commotion cérébrale et il n'y a pas d'antécédent de commotion cérébrale dans les 12 derniers mois. Aujourd'hui le joueur (la joueuse) est asymptomatique et toute son évaluation neurologique est normale. La reprise de l'activité sportive selon le protocole par paliers est conseillée sous contrôle médical. En l'absence de récurrence de la symptomatologie au terme des paliers, le joueur (la joueuse) ne devrait plus présenter de contre-indication d'ordre neurologique à la reprise de l'exposition au contact (entraînement avec contact et rugby en compétition), au plus tôt le 6<sup>ème</sup> jour (J6) suivant le jour de survenue de la commotion cérébrale (compté J0), soit le \_\_\_\_\_
- Il s'agit d'une commotion cérébrale mais c'est la deuxième commotion diagnostiquée dans les 12 derniers mois. Aujourd'hui le joueur (la joueuse) est asymptomatique et toute son évaluation neurologique est normale. La reprise de l'activité sportive selon le protocole par paliers est conseillée sous contrôle médical. En l'absence de récurrence de la symptomatologie au terme des paliers, le joueur (la joueuse) ne devrait plus présenter de contre-indication d'ordre neurologique à la reprise de l'exposition au contact (entraînement avec contact et rugby en compétition), au plus tôt le 22<sup>ème</sup> jour (J22) suivant le jour de survenue de la commotion cérébrale (compté J0), soit le \_\_\_\_\_
- Il s'agit d'une commotion cérébrale mais c'est la troisième commotion diagnostiquée dans les 12 derniers mois. Aujourd'hui le joueur (la joueuse) est asymptomatique et toute son évaluation neurologique est normale. La reprise de l'activité sportive selon le protocole par paliers est conseillée sous contrôle médical. L'absence de contre-indication d'ordre neurologique à la reprise de l'exposition au contact (entraînement avec contact et rugby en compétition), sera évaluée par au moins deux experts et ne pourra survenir avant 12 semaines suivant le jour de survenue de la commotion cérébrale.
- Il s'agit d'une commotion cérébrale et le joueur est toujours symptomatique et/ou son évaluation neurologique est jugée anormale. Il s'agit d'une contre-indication temporaire d'ordre neurologique à la reprise de l'exposition au contact (entraînement avec contact et rugby en compétition). Il est conseillé au joueur (à la joueuse) de poursuivre le repos ou des activités physiques minimales sans recrudescence des symptômes, jusqu'à normalisation de son état. Une nouvelle consultation neurologique va être programmée en fonction du délai estimé de repos et de mise en place du protocole de reprise par paliers, avec l'avis de son médecin.  
Date de la prochaine consultation \_\_\_\_\_