

## Formulaire médical de rapport de commotion cérébrale à un athlète

Le présent formulaire aide les professionnels de la santé à informer le personnel de l'équipe de l'athlète du diagnostic de la commotion cérébrale, suite à un impact subi pendant une activité de ringuette. Ce formulaire doit être rempli par un médecin qualifié.

**ÉTAPE 1 :** L'athlète, ou son parent ou tuteur, **DOIT** avoir accordé l'autorisation de divulguer des renseignements personnels sur sa santé (voir au verso) avant toute évaluation de la part du médecin.

### ÉTAPE 2 : Évaluation de l'athlète par le médecin

1. Est-ce que l'athlète a une commotion cérébrale en ce moment?

OUI  NON

2. Est-ce que l'athlète a subi une commotion cérébrale et que ses symptômes n'ont pas encore disparu?

OUI  NON

Réponses

Mesures à prendre

1. OUI    2. NON

Suivre les conseils du médecin en ce qui concerne les étapes immédiates de gestion, et les lignes directrices de retour au jeu après une commotion cérébrale.

1. NON    2. OUI

Suivre les lignes directrices de retour au jeu après une commotion cérébrale.

1. NON    2. NON

Peut reprendre immédiatement et intégralement les activités de ringuette.

**Autorisation de divulguer des renseignements personnels sur la santé**

En vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS)

Je soussigné, \_\_\_\_\_, autorise \_\_\_\_\_  
(Nom en caractère d'imprimerie) (Nom du gardien des renseignements, en caractère d'imprimerie)

à divulguer :

**les renseignements personnels sur ma santé, consistant en les informations fournies relativement à mes blessures, telles que demandées dans le «Formulaire médical de rapport de commotion cérébrale à un athlète»**

OU

**les renseignements personnels sur la santé de \_\_\_\_\_**  
(Nom de la personne pour laquelle vous êtes décideur substitut\*)

**consistant en les informations fournies relativement à mes blessures, telles que demandées dans le «Formulaire médical de rapport de commotion cérébrale à un athlète».**

à \_\_\_\_\_  
(Nom, en caractère d'imprimerie, de l'entraîneur en chef ou soigneur et de l'Association de ringette demandant les informations)

**Je comprends les motifs de la divulgation de ces renseignements personnels de santé à la personne susmentionnée. Je comprends que je peux refuser de signer le présent formulaire d'autorisation.**

**Mon nom :** \_\_\_\_\_ **Adresse :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone à la maison ou portable :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Nom du témoin :** \_\_\_\_\_ **Adresse :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone à la maison ou portable :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**\* Veuillez noter que : Un décideur substitut est une personne autorisée en vertu de la LPRPS à consentir, au nom de l'athlète, à divulguer des renseignements personnels de santé le concernant.**