

ANNEXE I
ANAMNÈSE (HISTORIQUE ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX)

1. Renseignements nominatifs

Nom et prénom : _____

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : _____

Âge au moment de l'entrevue : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Nom et prénom du responsable de l'entrevue : _____

Date de l'entrevue : _____

2. Antécédents sportifs

Quel sport pratiquez-vous? _____

Depuis combien d'années pratiquez-vous ce sport? _____

À quelle position jouez-vous? _____

Avez-vous déjà joué à d'autres positions? Oui Non

Si oui, lesquelles? _____

Dans quelle ligue ou association avez-vous joué? À quel niveau avez-vous joué?

Avez-vous déjà pratiqué d'autres sports à un niveau compétitif? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

3. Cheminement scolaire

Niveau de scolarité atteint : _____

Année répétée : Oui Non Si oui, laquelle? _____

Saut d'une année : Oui Non Si oui, quelle année? _____

Difficultés scolaires : Oui Non Si oui, lesquelles? _____

Difficultés d'apprentissage : Oui Non Si oui, lesquelles? _____

4. Antécédents médicaux

Avez-vous une maladie :

- cardiaque (ex. : hypertension artérielle, angine de poitrine)? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

- respiratoire (ex. : asthme, emphysème)? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

- métabolique (ex. : diabète, hypoglycémie)? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

- musculo-squelettique (ex. : arthrose, dorsalgie)? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

- neurologique (ex. : épilepsie, sclérose en plaques)? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

- Avez-vous un cancer (ex. : leucémie, tumeur au cerveau)? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

Avez-vous un trouble d'hyperactivité? Oui Non

Avez-vous un déficit d'attention? Oui Non

Prenez-vous des médicaments? Oui Non

Si oui, lequel ou lesquels? _____

4. Antécédents médicaux (suite)

Êtes-vous atteint de troubles de la vision (ex. : myopie, astigmatisme, hypermétropie)? Oui Non

Si oui, lequel ou lesquels? _____

Souffrez-vous d'une perte auditive? Oui Non

Si oui, de quel type? _____

Avez-vous déjà subi des opérations? Oui Non

Si oui, dans quelles circonstances? _____

Avez-vous déjà subi une anesthésie générale? Oui Non

Si oui, pourquoi? _____

Avez-vous déjà été victime d'un accident causant un impact à la tête dans une situation autre qu'en pratiquant votre sport (ex. : accident de la route)? Oui Non

Si oui, dans quelles circonstances et quel était le trauma à la tête?

5. Historique de commotions soupçonnées et diagnostiquées

(Tout incident impliquant la tête)

Avez-vous déjà été victime d'une commotion cérébrale liée à une activité sportive? Oui

Non

Si oui, combien estimez-vous en avoir subi? _____

Veillez indiquer la date de tout incident impliquant la tête durant un match ou une séance d'entraînement ou tout incident impliquant une autre partie du corps et ayant mené à une secousse au cerveau. Ensuite, veuillez cocher les signes et les symptômes ressentis à la suite de chacun des incidents dans la colonne correspondante.

	1	2	3	4	5	6
Date de l'événement : aaaa-mm-jj						
Durée des symptômes (nombre de jours)						
Circonstances dans lesquelles la commotion est survenue (ex. : coup à la tête, impact au corps, chute)						
Avez-vous obtenu le diagnostic d'un médecin?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Y a-t-il eu perte de conscience? Si oui, inscrire la durée						

5. Historique de commotions soupçonnées et diagnostiquées (suite)

Symptômes	1	2	3	4	5	6
Convulsions						
Mal de tête						
Douleur au cou						
Nausées						
Vomissements						
Pression dans la tête						
Étourdissements						
Engourdissement						
Confusion						
Somnolence						
Vision floue/vision double						
Sensibilité à la lumière						
Sensibilité au bruit						
Être au ralenti						
Être dans la brume						
Ne pas être comme d'habitude						
Difficulté à se concentrer						
Difficulté à se souvenir						
Problèmes d'équilibre						
Fatigue ou baisse d'énergie						

5. Historique de commotions soupçonnées et diagnostiquées (suite)

Symptômes	1	2	3	4	5	6
Plus facilement émotif						
Irritabilité						
Tristesse						
Nervosité ou anxiété						
Difficulté à s'endormir						
Dormir plus qu'à l'habitude						
Autres : _____						

Ressentez-vous toujours certains de ces symptômes? Oui Non

Si oui, lesquels?
