

Modèle de documentation de l'examen médical

Le présent formulaire doit être remis à tous les élèves pour qui l'on soupçonne une commotion cérébrale. Pour obtenir plus de renseignements, consulter le tableau « étapes et responsabilités concernant les commotions cérébrales soupçonnées et diagnostiquées ».

OPTION A (Pour le parent de l'élève ne démontrant aucun signe ou symptôme)

Le _____ (date), _____ (nom de l'élève) est à risque d'avoir subi une commotion cérébrale. En conséquence, vous devrez observer son comportement pour les prochaines 24 heures et juger des traitements nécessaires s'il y a lieu. Avant son retour à l'école, vous devrez aviser la direction de l'école des résultats de vos observations et attester que votre enfant est apte à revenir à l'école et reprendre ses activités régulières.

- Mon enfant n'a démontré aucun signe ou symptôme de commotion cérébrale et j'atteste qu'il est apte à reprendre ses activités régulières.

Signature du parent : _____ Date : _____

OPTION B

Le _____ (date), _____ (nom de l'élève) est soupçonné d'avoir subi une commotion cérébrale. En conséquence, l'élève doit être examiné par un médecin en titre ou un infirmier praticien. Avant son retour à l'école, le parent doit informer la direction de l'école des résultats de l'examen médical en remplissant le formulaire ci-dessous.

Cette section du formulaire est disponible exceptionnellement en anglais (voir ci-dessous).

RÉSULTATS DE L'EXAMEN MÉDICAL

- Mon enfant a été examiné et **aucune commotion cérébrale** n'a été diagnostiquée. Mon enfant peut donc pleinement reprendre l'apprentissage et l'activité physique, sans aucune restriction.
- Mon enfant a été examiné et **une commotion cérébrale** a été diagnostiquée. Mon enfant doit donc entamer, sous surveillance médicale, un plan progressif et personnalisé de retour à l'apprentissage ou retour à l'activité physique.

RESULTS OF MEDICAL ASSESSMENT

- My child has been assessed and **a concussion has not been diagnosed** and therefore may resume full participation in learning and physical activity without any restrictions.

- My child has been assessed and **a concussion has been diagnosed** and therefore must begin a medically supervised, individualized, and gradual Return to School (RTS) and Return to Physical Activity (RTPA) Plan.

Signature du parent : _____ Date : _____

Commentaires : _____

Medical Doctor's Name : _____ Phone Number : _____
(or Nurse Practitioner)

Comments : _____
