

Modèle de documentation d'une commotion cérébrale diagnostiquée Plan personnalisé de retour à l'apprentissage ou retour à l'activité physique

Ce formulaire doit être utilisé par les parents pour communiquer le progrès de l'enfant qui suit le plan.

NOM de l'élève : _____

Date : _____

SECTION RÉSERVÉE AUX PARENTS/TUTEURS

ÉTAPE 1 – RETOUR À L'APPRENTISSAGE OU RETOUR À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Étape à effectuer à la maison.

- Le repos cognitif signifie limiter les activités qui nécessitent de la concentration et de l'attention (p. ex. lecture, envoi de messages texte, télévision, ordinateur, jeux vidéo ou électroniques).
 - Le repos physique signifie restreindre les loisirs ou activités récréatives et les activités physiques de compétition.
- Mon enfant a terminé l'étape du plan personnalisé de retour à l'apprentissage ou retour à l'activité physique (repos physique et cognitif à la maison) et ses **symptômes se sont estompés**. Il ou elle s'apprête à passer à l'étape 2a – Retour à l'apprentissage.
- Mon enfant a terminé l'étape du plan de retour à l'apprentissage ou retour à l'activité physique (repos physique et cognitif à la maison) et ne démontre plus de symptômes. Il ou elle s'apprête à passer directement à l'étape 2b – Retour à l'apprentissage et l'étape 2c – Retour à l'activité physique.

Signature du parent : _____ Date : _____

Commentaires : _____

En cas de réapparition des symptômes au cours des étapes suivantes, se reporter à la section « Réapparition des symptômes » située à la page 5 du présent formulaire.

SECTION RÉSERVÉE AUX PARENTS/TUTEURS**ÉTAPE 2A – RETOUR À L'APPRENTISSAGE*****L'élève retourne à l'école.***

- *En classe, l'élève nécessite des stratégies ou des démarches personnalisées qui intensifient l'activité cognitive de manière progressive.*
 - *Le repos physique signifie restreindre les loisirs ou activités récréatives et les activités physiques de compétition.*
- Mon enfant a fait l'objet de stratégies ou de démarches personnalisées et ne démontre plus de symptômes. Il ou elle s'apprête à passer à l'étape 2b – Retour à l'apprentissage et l'étape 2c – Retour à l'activité physique.

Signature du parent : _____ Date : _____

Commentaires : _____

ÉTAPE 2B – RETOUR À L'APPRENTISSAGE

L'élève reprend des activités d'apprentissage normales à l'école.

SECTION RÉSERVÉE AUX PARENTS/TUTEURS**ÉTAPE 2C – RETOUR À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE**

***L'élève peut uniquement participer à des exercices aérobiques individuels et de faible intensité.
L'élève poursuit ses activités d'apprentissage normales.***

- Mon enfant ne démontre plus de symptômes après avoir participé à des exercices aérobiques individuels et de faible intensité. Il ou elle s'apprête à passer à l'étape 3 – Retour à l'activité physique.

Description de l'activité physique entreprise

Original - DSO de l'élève / Copie - Parents

Niveau d'effort perçu : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau d'intensité : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(encerclez le niveau, minimum 1; maximum 10)

- Le formulaire ÉLV.13.1.6 doit être retourné à l'enseignant afin d'y inscrire les progrès des étapes 3 et 4.

Signature du parent : _____ Date : _____

Commentaires : _____

ÉTAPE 3 – RETOUR À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'élève peut uniquement participer à des exercices sportifs individuels et sans contact.

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉCOLE

ÉTAPE 4 – RETOUR À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'élève peut pratiquer des activités sans aucun corps à corps (p. ex. danse, badminton), de légers entraînements musculaires (poids et haltères), des exercices de pratique et des exercices sportifs sans contact.

- L'élève a accompli avec succès les étapes 3 et 4 et ne démontre plus de symptômes.
- Le formulaire ÉLV.13.1.6 sera remis au parent de manière à ce qu'un médecin en titre ou un infirmier praticien y indique son diagnostic et appose sa signature.

Signature de l'enseignant : _____ Date : _____

SECTION RÉSERVÉE AUX PARENTS/TUTEURS

EXAMEN MÉDICAL

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

ÉLV.13.1.6

- Je soussigné, _____ (nom du médecin en titre ou de l'infirmier praticien) ai examiné _____ (nom de l'élève) et confirme qu'il ou elle :
- est toujours sans symptômes ;
 - peut à nouveau pleinement participer à des activités d'éducation physique ou intramurales ou interscolaires normales impliquant des sports sans contact ainsi qu'à des entraînements et des pratiques de sports de contact.

Signature du médecin : _____ Date : _____
(ou de l'infirmier praticien)

Commentaires : _____

MEDICAL EXAMINATION

- I, _____ (medical practitioner's name) have examined _____ (student's name) and confirm he/she :
- continues to be symptom free ;
 - is able to return to regular physical education class/intramural activities/interschool activities in non-contact sports and/or full training/practices for contact sports.

Medical Practitioner's Signature : _____ Date : _____

Comments : _____

ÉTAPE 5 – RETOUR À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Original - DSO de l'élève / Copie - Parents

L'élève peut à nouveau pleinement participer à des activités d'éducation physique ou intramurales ou interscolaires normales impliquant des sports sans contact ainsi qu'à des entraînements et pratiques de sports de contact.

SECTION RÉSERVÉE AUX PARENTS/TUTEURS

ÉTAPE 6 – RETOUR À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'élève peut à nouveau pleinement participer aux sports de contact, sans aucune restriction.

****Réapparition des symptômes****

- Des signes ou des symptômes de commotion cérébrale sont réapparus chez mon enfant, qui a fait l'objet d'un examen médical au cours duquel le médecin en titre ou l'infirmier praticien lui a conseillé de :

Signature du parent : _____ Date : _____

Commentaires : _____
