



DT9611

**ÉQUIPE PRÉCOCE  
D'INTERVENTION ET DE RÉADAPTATION  
EN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER  
ET COMMOTION CÉRÉBRALE (TCCL/CC)**

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal		Adresse courriel de l'utilisateur	

**TRAUMATISME**

Date du traumatisme	Année	Mois	Jour	Heure	hh : mm	Date de l'évaluation	Année	Mois	Jour	Heure	hh : mm
---------------------	-------	------	------	-------	---------	----------------------	-------	------	------	-------	---------

**RÉFÉRÉ PAR**

Urgence  Clinique médicale/IPS publique  CLSC  Clinique privée  Unité de soins  Autre :

**DIAGNOSTIC**

Les manifestations ne doivent pas être uniquement dues à une intoxication, ni être causées par d'autres blessures ou le traitement d'autres blessures, ni résulter uniquement d'autres problèmes, ni être causées par un TCC pénétrant.

<input type="checkbox"/> <b>TCCL avec critère objectif</b> <b>Échelle de Glasgow : ___ / 15</b> <b>Cochez au moins une case</b> <input type="checkbox"/> Altération de l'état de conscience après le traumatisme <input type="checkbox"/> Perte de conscience <30 min <input type="checkbox"/> Amnésie rétrograde ou antérograde (<24 hrs) <input type="checkbox"/> Signe d'atteinte neurologique transitoire ou lésion intracrânienne ne nécessitant pas de chirurgie	<input type="checkbox"/> <b>TCCL probable/Commotion cérébrale</b> Symptômes apparus dans les 48 à 72 heures :  Commentaires additionnels :
--	---

**CONTEXTE DU TRAUMATISME**

Sport/Loisir  Chute  Accident de la route  Travail  Violence  Autres, précisez :  
Autres blessures associées à cet événement :

**HISTOIRE CLINIQUE ET MÉDICALE**

TCCL/CC antérieur(s) :  Oui Date: /  Non  
 Diagnostics antérieurs au TCCL/CC en lien avec la santé mentale :  Oui précisez le(s)quel(s) : /  Non  
 Diagnostics antérieurs au TCCL/CC en lien avec un problème cognitif ou neurologique :  Oui précisez le(s)quel(s) : /  Non

**CONDUITE INITIALE ET SOUTIEN**

Les outils d'information de l'INESSS ont-ils été remis et expliqués à l'utilisateur?  Oui  Non  
 L'utilisateur dispose-t-il d'une aide quotidienne?  Oui  Non

**DOCUMENTATION CLINIQUE À JOINDRE, SI NON DISPONIBLE AUTREMENT, POUR L'ÉQUIPE TCCL/CC**

<input type="checkbox"/> Formulaire de transport préhospitalier	<input type="checkbox"/> Résultats de laboratoire (éthanol et drogues)
<input type="checkbox"/> Formulaire de prise en charge du polytraumatisé (AH-450)	<input type="checkbox"/> Tomodensitométrie (TDM) cérébrale ou autres examens d'imagerie
<input type="checkbox"/> Feuille de triage, notes d'évolution ou notes de soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Notes et consultations médicales

**CONSETEMENTS**

Je, \_\_\_\_\_ (prénom et nom de l'utilisateur),  
 autorise la transmission de mon dossier médical concernant mon TCCL/CC à l'équipe TCCL/CC de ma région. J'accepte d'être contacté pour ce suivi et que l'information du suivi soit communiquée par écrit à mon médecin de famille.  
 autorise l'utilisation de mon adresse courriel comme moyen de communication.

<b>Signature de l'utilisateur</b>	<b>Date</b>	Année	Mois	Jour
-----------------------------------	-------------	-------	------	------

**IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL AU DOSSIER ET DU POINT DE SERVICE**

Nom du professionnel référent	N° de permis, le cas échéant	Nom du point de service
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste
Ind. rég.	N° de télécopieur	

<b>Signature du professionnel</b>	<b>Date</b>	Année	Mois	Jour
-----------------------------------	-------------	-------	------	------

<b>MÉDECIN DE FAMILLE/IPS</b>	<input type="checkbox"/> IDEM AU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT	<input type="checkbox"/> USAGER SANS MÉDECIN DE FAMILLE/IPS
Nom du professionnel de la santé	Nom du point de service	

Pour identifier et transmettre votre demande, veuillez consulter les coordonnées des équipes responsables au lien suivant :  
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/traumatismes-et-traumatologie/commotion-cerebrale/organisation-services/>

## OUTILS CLINIQUES PERTINENTS POUR L'ÉVALUATION

- Échelle de symptômes
  - Rivermead ([https://www.center-tbi.eu/files/approved-translations/French/FRENCH\\_RPQ.pdf](https://www.center-tbi.eu/files/approved-translations/French/FRENCH_RPQ.pdf))
- Outils d'évaluation des commotions cérébrales dans le sport
  - SCAT6 pour les personnes de 13 ans et plus (<https://cdn.aqmse.org/files/2024/10/17133729/scat6-juin-23.pdf>)
  - SCAT6 pour les enfants de 8 à 12 ans (<https://cdn.aqmse.org/files/2024/10/17134104/child-scat6-juin.pdf>)
- Algorithme décisionnel pour l'évaluation et la gestion du risque de complications neurologiques graves à la suite d'un TCCL
  - Adulte ([https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/Algo\\_decisionnel\\_TCCL\\_Adulte\\_2021.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/Algo_decisionnel_TCCL_Adulte_2021.pdf))
  - Enfant ([https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/Algo\\_decisionnel\\_TCCL\\_Pediatric\\_2021.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/Algo_decisionnel_TCCL_Pediatric_2021.pdf))

## OUTILS D'INFORMATION ET D'ÉDUCATION

- Dépliant TCCL ([https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS\\_Depliant\\_TCCL\\_INESSS.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Depliant_TCCL_INESSS.pdf))
- Fiche de suivi ([https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS\\_TCCL\\_Feuille\\_de\\_suivi.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_TCCL_Feuille_de_suivi.pdf))