



DT9611

**DEMANDE DE SERVICE  
ÉQUIPE DE PRISE EN CHARGE DU TRAUMATISME  
CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER ET DE LA 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   |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> GMF/GMF-U/GMF-R <input type="checkbox"/> Clinique médicale privée <input type="checkbox"/> Unité de soins <input type="checkbox"/> Autres :  |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| 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><br>Échelle de Glasgow : ___ / 15<br>Cochez au moins une case<br><input type="checkbox"/> Altération de l'état de conscience après le traumatisme<br><input type="checkbox"/> Perte de conscience <30 min<br><input type="checkbox"/> Amnésie rétrograde ou antérograde (<24 hrs)<br><input type="checkbox"/> Signe d'atteinte neurologique transitoire ou lésion intracrânienne ne nécessitant pas de chirurgie |                 |      |      |             |         | <input type="checkbox"/> <b>CC ou TCC probable sans critère objectif</b><br>Symptômes :<br><br>Commentaires additionnels :   |           |                   |                         |       |         |
| CONTEXTE DU TRAUMATISME  |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| <input type="checkbox"/> Sport/Loisir <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Accident de la route <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Autres; Précisez :<br>Autres blessures associées à cet événement :  |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| CONDUITE INITIALE ET SOUTIEN   |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| Les outils d'information de l'INESSS ont-ils été remis et expliqués à l'utilisateur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>L'utilisateur dispose-t-il d'une aide quotidienne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| DOCUMENTATION CLINIQUE À JOINDRE, SI NON DISPONIBLE AUTREMENT, POUR L'ÉQUIPE TCCL/CC   |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| <input type="checkbox"/> Formulaire de transport préhospitalier<br><input type="checkbox"/> Formulaire de prise en charge du polytraumatisé (AH-450)   |                 |      |      |             |         | <input type="checkbox"/> Feuille de triage, notes d'évolution ou notes de soins infirmiers<br><input type="checkbox"/> Résultats de laboratoire ou d'examen<br><input type="checkbox"/> Consultation s'il y a lieu |           |                   |                         |       |         |
| CONSETEMENTS   |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| Je, _____ (prénom et nom de l'utilisateur),<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> autorise l'utilisation de mon adresse courriel comme moyen de communication.  |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| Signature de l'utilisateur   |                 |      |      | Date        |         |  |           | 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 |                         |       |         |
| Signature du professionnel   |                 |      |      | Date        |         |  |           | Année             | Mois                    | Jour  |         |
| MÉDECIN DE FAMILLE   |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| <input type="checkbox"/> IDEM AU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT <input type="checkbox"/> USAGER SANS MÉDECIN DE FAMILLE  |                 |      |      |             |         |  |           |                   |                         |       |         |
| Nom du médecin de famille  |                 |      |      |             |         | 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))
  - SCAT5 (<https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/FECST/Publications/SCAT5/Scat5-adultes-FR.pdf>)
  - SCAT5 pédiatrique (<https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/FECST/Publications/SCAT5/Scat5-enfants-FR.pdf>)
- Algorithme pour la gestion du risque de complication 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\\_Pediatrique\\_2021.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/Algo_decisionnel_TCCL_Pediatrique_2021.pdf))

## FACTEURS DE RISQUES DE RÉCUPÉRATION PLUS LENTE À CONSIDÉRER

| Selon les études pédiatriques  | Selon l'expérience clinique auprès des adultes   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Âge (adolescents plus âgés)</li><li>• Sexe (fille)</li><li>• ATCD personnels ou familiaux de migraine</li><li>• ATCD de troubles d'apprentissage ou comportementaux</li><li>• ATCD personnels ou familiaux de santé mental</li><li>• Milieu socio-économique familial</li><li>• Niveau d'éducation familiale</li><li>• Forte symptomatologie pré-TCC</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Détresse psychologique, anxiété, dépression, état de stress post traumatique, trouble de santé mentale</li><li>• Exigences élevées au travail ou dans les rôles familiaux ou sociaux; personnalité performante, état d'épuisement, faible marge de manœuvre</li><li>• Rumination autour des symptômes, peur, pensées catastrophiques, inactivité, sédentarité</li><li>• Essais thérapeutiques infructueux</li><li>• Insatisfaction professionnelle (relation, organisation, stress)</li><li>• Aspect émotif relié à l'accident</li></ul> |