

## COMMISSION FÉDÉRALE MÉDICALE RAPPORT PROTOCOLE COMMOTION CÉRÉBRALE

**CONFIDENTIEL**

### RAPPORT

Nom du 1er arbitre :
Date :
Lieu :

### RENCONTRE

<input type="checkbox"/> Nationale (préciser) (Ex. LBWL, NM1, etc.) :
<input type="checkbox"/> Régionale (préciser) (Ex. PNF, RM2 , etc.) :
<input type="checkbox"/> Départementale (préciser) (Ex. PRF, DM1, etc.) :
<input type="checkbox"/> Coupes et Trophées (préciser) :
<input type="checkbox"/> Autre compétition (préciser) :
Equipe A :
Equipe B :
N° rencontre :

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

NOM :	Prénom :
Club :	N° de licence :

### RAPPORT DÉTAILLÉ DE LA COMMOTION CÉRÉBRALE

Perte de connaissance :	Vomissements :	Convulsion :
Chute lourde :		Traumatisme facial :
Est resté immobile au sol avec difficultés à se relever :		
Trouble de l'équilibre :		Confusion hébétude :
Trouble du comportement (nervosité, émotivité, pleurs...) :		
Douleur au cou :		
Maux de tête :		Troubles de la vision :
Autre :		
Score de MADDOCKS effectué : oui                      non		
	par qui (précisez)	
	Si oui, résultat : positif                      négatif	
Remarques complémentaires (détaillez) :		
Retour au jeu : oui                      non		
Si non, évacuation sur un centre de soins (urgences ou autre) : oui                      non		

Fait à	le
Signature	

#### Rapport à envoyer à l'issue de la rencontre :

- Pour les compétitions nationales : à la Commission Fédérale Médicale par mail à l'adresse suivante : [commotion@ffbb.com](mailto:commotion@ffbb.com).

- Pour les compétitions régionales et départementales : à la Commission Régionale Médicale de la Ligue Régionale de rattachement.

**[Vous pouvez exercer vos droits à l'aide du formulaire via le lien suivant « [Demande d'exercice des droits](#) »]**