



## FICHE DE TERRAIN POUR L'ÉVALUATION d'une **suspicion de commotion cérébrale**

Nom de la compétition : ..... Date : .....

Nom de l'évaluateur : ..... Fonction : .....

Identité du combattant		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Catégorie de poids :	Club ou équipe :
Téléphone :	Mail :	
Rôle : Uke <input type="checkbox"/> Tori <input type="checkbox"/>	SHN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Pôle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, lequel :	Nombre de combats :

Circonstance du traumatisme		
Entraînement : <input type="checkbox"/>	Compétition : <input type="checkbox"/>	Niveau : Départemental <input type="checkbox"/> Régional <input type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> International <input type="checkbox"/>
Traumatisme crânien : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Traumatisme rachis cervical : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Perte de connaissance : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui : sur chute <input type="checkbox"/> coup <input type="checkbox"/> étranglement <input type="checkbox"/> chute sur tatami <input type="checkbox"/> hors surface <input type="checkbox"/>	
Quelle partie du combat : première <input type="checkbox"/> seconde <input type="checkbox"/> golden score <input type="checkbox"/>		
Déjà une autre blessure au cours de la journée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Délai avec le combat précédent :
Si oui, quel type de blessure :		

SCORE DE GLASCOW			
OUVERTURE DES YEUX	RÉPONSE VERBALE	RÉPONSE MOTRICE	SCORE TOTAL RÉPONSE
Spontanée : 4	Normale : 5	Obéit à la demande : 6	<b>/15</b>
A la demande (Voix) : 3	Confuse : 4	Localise la douleur : 5	
A la douleur : 2	Mots inappropriés : 3	Flexion orientée (évitement) : 4	
Aucune : 1	Sons incompréhensibles : 2	Flexion réflexe à la Douleur : 3	
	Aucune : 1	Extension réflexe à la douleur : 2	
		Aucune : 1	



## FICHE DE TERRAIN POUR L'ÉVALUATION D'UNE **COMMOTION CEREBRALE**

### Évaluation en moins de 3 minutes

Questions d'orientation :

Répondre aux questions d'orientation ci-contre :

- Nom, Prénom
- Date
- Dans quelle ville sommes-nous?
- Comment se nomme la compétition?
- A quel niveau de la compétition êtes vous?  
(qualification premier tour, Quart, Demi...)

*La personne connaît la réponse*

*La personne ne connaît pas la réponse*

SYMPTOMES	NON	OUI	OUI ET SI	
Perte de connaissance ou suspicion			> 1 minute	<b>TRANSFERT VERS UN HÔPITAL</b>
Vomissements			Itératifs (avec une origine neurologique)	
Crise convulsive				
Signe neurologique déficitaire				
Suspicion de lésion du rachis cervical associée				
Anomalie pupillaire				
Céphalées intenses post chute (ou aggravation brutale)			<b>SI UN SEUL OUI ARRÊT DEFINITIF DE LA COMPÉTITION</b>	
Somnolence				
Nausées				
Phono-photophobie				
Comportement inhabituel				
Confusion				
Désorientation temporo spatiale				
Crises toniques posturales				
Ataxie				
Hébété, sonné				
Ne se sent pas comme d'habitude				
Vision floue				
Vertiges				

**EN CAS DE CHUTE A RISQUE**, une évaluation peut être demandée par l'arbitre, le médecin ou le coach  
**EN CAS DE DOUTE**, il est possible de revoir la chute et les secondes qui suivent grâce à la vidéo

Devant toute commotion cérébrale ou suspicion de commotion cérébrale : arrêt définitif de la compétition

Les autres critères nécessitant un transfert vers un hôpital : troubles de la coagulation • amnésie des faits, somnolence ou obnubilation > 30 mn en l'absence d'avis ou de surveillance médicale possible, score de Glasgow anormal, traumatisme cranio facial.

**!!! Remettre en main propre la fiche de surveillance des 48h et envoyer la fiche de terrain à l'adresse de la plateforme de suivi des suspicions de commotions cérébrales**  
[plateformeSCC@ffjudo.com](mailto:plateformeSCC@ffjudo.com)