

COMMISSION FÉDÉRALE MÉDICALE RAPPORT PROTOCOLE COMMOTION CÉRÉBRALE

CONFIDENTIEL

RAPPORT

Nom du 1er arbitre :

Date :

Lieu :

RENCONTRE

- ☐ Nationale (préciser) (Ex. LBWL, NM1, etc.) :
☐ Régionale (préciser) (Ex. PNF, RM2, etc.) :
☐ Départementale (préciser) (Ex. PRF, DM1, etc.) :
☐ Coupes et Trophées (préciser) :
☐ Autre compétition (préciser) :

Equipe A :

Equipe B :

N° rencontre :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

NOM :

Club :

Prénom :

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
Signature

le

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.

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

Normandie de Basketball : commotion@normandiebasketball.fr

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