



# ANNEXE I

**Retour à un sport à risque élevé après une commotion cérébrale liée au sport**

**Lettre de reconnaissance du consentement éclairé de l'athlète**

## Retour à un sport à risque élevé après une commotion cérébrale liée au sport

### Lettre de reconnaissance du consentement éclairé de l'athlète

**Date :** \_\_\_\_\_

**Nom de l'athlète :** \_\_\_\_\_

**Adresse/ville :** \_\_\_\_\_

Cher athlète,

Nous sommes heureux de voir que vous vous rétablissez bien de votre commotion cérébrale et que vos tests post-commotion ne relèvent aucun symptôme jusqu'à maintenant. Les résultats des tests réalisés à la suite de votre blessure démontrent une amélioration comparativement à ceux de vos tests de référence. Vous pouvez maintenant reprendre en toute sécurité, sous surveillance, le volet spécifique au sport de votre protocole de retour au jeu..

Un membre de notre équipe médicale dédiée aux commotions cérébrales liées au sport vous a présenté les risques associés au retour à un sport à risque élevé. Vous avez indiqué qu'en dépit de ces risques, vous souhaitez reprendre une pratique sportive sans restriction.

Le risque et les effets à long terme associés aux commotions cérébrales multiples sont difficiles à prédire. Nous ne savons pas combien de commotions une personne peut subir avant de se retrouver avec une déficience permanente. Nous savons que certaines personnes ne se rétablissent jamais complètement après une ou deux commotions et que d'autres peuvent avoir plusieurs commotions pour lesquelles le rétablissement semble être complet. Nous savons que des commotions cérébrales successives peuvent faire en sorte que l'athlète ne se rétablisse pas aussi rapidement de la prochaine commotion ou qu'il ne s'en rétablisse pas complètement.

En plus de ce qui précède, nous savons que le risque de symptômes persistants, de déficience permanente ou, dans de rares cas, de décès augmente si un individu subit une nouvelle commotion cérébrale avant que sa commotion actuelle ne soit rétablie. C'est pourquoi nous mettons tout en œuvre pour que vous vous rétablissiez de votre commotion (au mieux de notre capacité clinique) avant que vous ne repreniez votre entraînement ou vos compétitions sportives à risque élevé.

Certaines caractéristiques de votre situation personnelle pourraient vous exposer à un risque plus élevé de blessure récurrente, de symptômes prolongés semblables à ceux d'une commotion cérébrale ou de rétablissement incomplet (p. ex., déclin de la fonction cognitive [penser/calculer/raisonner]) si vous subissez une autre commotion. Ces caractéristiques sont les suivantes :

1. Vous avez maintenant eu au moins \_\_\_\_\_ commotions cérébrales documentées.
2. \_\_\_\_\_ de vos commotions cérébrales ont donné lieu à un rétablissement prolongé (> 14 jours chez les adultes ou > 1 mois si moins de 18 ans).

En signant cette lettre, vous reconnaissez que vous retournez à un sport à risque élevé présentant un risque important, et reconnaissez également qu'en raison de vos antécédents de commotions cérébrales, vous faites face à un risque personnel accru que vous acceptez volontairement. Vous reconnaissez également



que vous avez eu l'occasion de poser des questions et que toutes vos questions (le cas échéant) ont reçu une réponse satisfaisante.

Cordialement,

Médecin traitant pour les commotions cérébrales liées au sport

Équipe médicale Représentant : \_\_\_\_\_

Équipe médicale Signature : \_\_\_\_\_

Nom de l'athlète : \_\_\_\_\_

Signature de l'athlète : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur (si moins de 18 ans) : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

