

Modèle de formulaire d'évaluation médicale et de surveillance

Ce modèle de formulaire doit être rempli par les parents ou personnes tutrices après un incident lié à une commotion cérébrale afin de communiquer à la direction de l'école ou à la personne désignée les résultats de l'évaluation médicale effectuée par un médecin ou un membre du personnel infirmier praticien, ou la procédure de surveillance mise en place par les parents ou personnes tutrices.

Nom de l'élève :

Date de l'incident lié à une commotion cérébrale :

Partie 1 - Résultats de l'évaluation médicale (d'un médecin ou d'un membre du personnel infirmier praticien)

☐ Aucune commotion cérébrale diagnostiquée

- L'élève peut reprendre pleinement ses activités scolaires et physiques sans restriction.

☐ Commotion cérébrale diagnostiquée

- L'élève commencera un programme personnalisé et progressif de **retour aux études** et de **retour à l'activité physique** sous surveillance médicale.

Remarque : Joignez les informations pertinentes concernant le plan de retour à l'école de l'élève fournies par le médecin ou le membre du personnel infirmier praticien (par exemple, les notes de l'examen médical).

Médecin/membre du personnel infirmier praticien (ayant effectué l'examen):

Nom:

Date:

Parent ou personne tutrice

Signature du parent ou de la personne tutrice:

Date:

Partie 2 - Résultats de la période de surveillance de 48 heures (à la maison et à l'école)

Pendant cette période, l'élève peut :

- Continuer à fréquenter l'école et à participer aux activités d'apprentissage;
- Participer de nouveau aux activités physiques après 24 heures.

☐ Aucun signal d'alarme, indice visible ou symptôme n'a été observé ou signalé

- L'élève peut continuer à participer pleinement aux activités d'apprentissage et à l'activité physique sans restriction.

☐ Des signaux d'alarme, des indices visibles (signes) ou des symptômes sont apparus

- Des signaux d'alarme, des indices visibles (signes) ou des symptômes sont apparus
- Remplissez **la partie 1 : Résultats de l'évaluation médicale** et transmettez le formulaire à l'école.

Parent ou personne tutrice

Signature :

Date☒:

Commentaires☒:

Remarque : Si vous souhaitez fournir des informations supplémentaires ou si vous avez des questions, veuillez contacter la direction de l'école ou la personne désignée.