



DT9611

**DEMANDE DE SERVICE
ÉQUIPE DE PRISE EN CHARGE DU TRAUMATISME
CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER ET DE LA COMMOTION
CÉRÉBRALE (TCCL/CC)**

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal		Adresse courriel de l'utilisateur	

TRAUMATISME

Date du traumatisme	Année	Mois	Jour	Heure	hh : mm	Date de l'évaluation	Année	Mois	Jour	Heure	hh : mm
---------------------	-------	------	------	-------	---------	----------------------	-------	------	------	-------	---------

RÉFÉRÉ PAR

Urgence
 GMF/GMF-U/GMF-R
 Clinique médicale privée
 Unité de soins
 Autres : _____

DIAGNOSTIC

Les manifestations ne doivent pas être uniquement dues à une intoxication, ni être causées par d'autres blessures ou le traitement d'autres blessures, ni résulter uniquement d'autres problèmes, ni être causées par un TCC pénétrant.

<input type="checkbox"/> TCCL avec critère objectif Échelle de Glasgow : ___ / 15 Cochez au moins une case <input type="checkbox"/> Altération de l'état de conscience après le traumatisme <input type="checkbox"/> Perte de conscience <30 min <input type="checkbox"/> Amnésie rétrograde ou antérograde (<24 hrs) <input type="checkbox"/> Signe d'atteinte neurologique transitoire ou lésion intracrânienne ne nécessitant pas de chirurgie	<input type="checkbox"/> CC ou TCC probable sans critère objectif Symptômes : _____ _____ Commentaires additionnels : _____ _____
---	--

CONTEXTE DU TRAUMATISME

Sport/Loisir
 Chute
 Accident de la route
 Travail
 Violence
 Autres; Précisez : _____
 Autres blessures associées à cet événement : _____

CONDUITE INITIALE ET SOUTIEN

Les outils d'information de l'INESSS ont-ils été remis et expliqués à l'utilisateur? Oui Non
 L'utilisateur dispose-t-il d'une aide quotidienne? Oui Non

DOCUMENTATION CLINIQUE À JOINDRE, SI NON DISPONIBLE AUTREMENT, POUR L'ÉQUIPE TCCL/CC

<input type="checkbox"/> Formulaire de transport préhospitalier	<input type="checkbox"/> Feuille de triage, notes d'évolution ou notes de soins infirmiers
<input type="checkbox"/> Formulaire de prise en charge du polytraumatisé (AH-450)	<input type="checkbox"/> Résultats de laboratoire ou d'examen
	<input type="checkbox"/> Consultation s'il y a lieu

CONSETEMENTS

Je, _____ (prénom et nom de l'utilisateur),

autorise la transmission de mon dossier médical concernant mon TCCL/CC à l'équipe TCCL/CC de ma région. J'accepte d'être contacté pour ce suivi et que l'information du suivi soit communiquée par écrit à mon médecin de famille.

autorise l'utilisation de mon adresse courriel comme moyen de communication.

Signature de l'utilisateur	Date	Année	Mois	Jour
-----------------------------------	-------------	-------	------	------

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL AU DOSSIER ET DU POINT DE SERVICE

Nom du professionnel référent		N° de permis, le cas échéant	Nom du point de service	
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur

Signature du professionnel	Date	Année	Mois	Jour
-----------------------------------	-------------	-------	------	------

MÉDECIN DE FAMILLE IDEM AU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT USAGER SANS MÉDECIN DE FAMILLE

Nom du médecin de famille	Nom du point de service
---------------------------	-------------------------

Pour identifier et transmettre votre demande, veuillez consulter les coordonnées des équipes responsables au lien suivant : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/traumatismes-et-traumatologie/commotion-cerebrale/organisation-services/>

OUTILS CLINIQUES PERTINENTS POUR L'ÉVALUATION

- Échelle de symptômes
 - Rivermead (https://www.center-tbi.eu/files/approved-translations/French/FRENCH_RPQ.pdf)
 - SCAT5 (<https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/FECST/Publications/SCAT5/Scat5-adultes-FR.pdf>)
 - SCAT5 pédiatrique (<https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/FECST/Publications/SCAT5/Scat5-enfants-FR.pdf>)
- Algorithme pour la gestion du risque de complication neurologiques graves à la suite d'un TCCL
 - Adulte (https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/Algo_decisionnel_TCCL_Adulte_2021.pdf)
 - Enfant (https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/Algo_decisionnel_TCCL_Pediatrique_2021.pdf)

FACTEURS DE RISQUES DE RÉCUPÉRATION PLUS LENTE À CONSIDÉRER

Selon les études pédiatriques	Selon l'expérience clinique auprès des adultes
<ul style="list-style-type: none">• Âge (adolescents plus âgés)• Sexe (fille)• ATCD personnels ou familiaux de migraine• ATCD de troubles d'apprentissage ou comportementaux• ATCD personnels ou familiaux de santé mental• Milieu socio-économique familial• Niveau d'éducation familiale• Forte symptomatologie pré-TCC	<ul style="list-style-type: none">• Détresse psychologique, anxiété, dépression, état de stress post traumatique, trouble de santé mentale• Exigences élevées au travail ou dans les rôles familiaux ou sociaux; personnalité performante, état d'épuisement, faible marge de manœuvre• Rumination autour des symptômes, peur, pensées catastrophiques, inactivité, sédentarité• Essais thérapeutiques infructueux• Insatisfaction professionnelle (relation, organisation, stress)• Aspect émotif relié à l'accident