FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BASKETBALL

COMMISSIONFÉDÉRALE MÉDICALE

RAPPORTPROTOCOLECOMMOTIONCÉRÉBRALE

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 : Prénom :
Club : 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 le
Signature

Rapport à envoyer à l'issue de la rencontre :
-Pour les compétitions nationales : à laCommission Fédérale Médicale par mail à l'adresse suivante : commotion@ffbb.com.
-Pour les compétitions régionales et départementales : à la Commission Régionale Médicale de la Ligue Régionale de rattachement par mail à l'adresse : commotion@centrevaldeloirebasketball.org
[Vouspouvezexercervosdroitsàl'aideduformulairevialeliensuivant«Demanded'exercicedesdroits »]