

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES REQUIS À
L'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME POUR LES PERSONNES AYANT
SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL (TCC) DU CRLB**

Dossier _____
Nom _____
Prénom _____

Afin de compléter la validation de l'admissibilité de la personne identifiée, veuillez s'il vous plaît fournir les renseignements indispensables suivants. Nous vous rappelons que notre programme offre des services de réintégration sociale et professionnelle spécialisés spécifiques aux adultes ayant subi un TCC.

IDENTIFICATION

Nom _____
Date de naissance _____ NAM _____
Adresse _____
Ville _____ Code postal : _____
Téléphone 1 _____ Téléphone 2 _____
Courriel _____

Informations importantes

- 1) Un diagnostic de TCC confirmé et appuyé est un prérequis pour une admission.
- 2) Le médecin qui complète ce document sera appelé à agir auprès de la personne en collaboration avec l'équipe de réadaptation advenant que l'admissibilité de celle-ci soit confirmée.
- 3) Aucun neurologue n'agit dans notre programme. Toutes les références à cette spécialité doivent être dirigées vers un autre établissement.
- 4) Aucune demande d'évaluation pour diagnostic ou en neuropsychologie ne sera acceptée. Le programme TCC offre des services d'adaptation/réadaptation axés sur l'intégration sociale (RAIS) aux personnes présentant des situations de handicap.

Dx principal : _____

Dx secondaire(s) : _____

Date de l'événement : _____

Date du diagnostic : _____

Cause de l'événement :

chute accident de la route accident de travail sport agression autre

Description : _____

Lors de l'événement : Signes probants initiaux sur lesquels s'appuie le diagnostic TCC léger

Mécanismes de la blessure (accélération-décélération, impact sur le crâne, vitesse, protection, éjection, etc.) :

Examen clinique : Critères diagnostiques du TCCL :

Perte ou altération de l'état de conscience (confusion ou désorientation), si oui la durée : _____

Indice de coma de Glasgow initial : /15

Amnésie de l'événement, si oui la durée : _____

Signe neurologique transitoire ou localisé (par ex. : convulsion)

Scan cérébral ou IRM Résultat (veuillez annexer rapport radiologique) : _____

Présence d'alcool Présence de drogue

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES REQUIS À
L'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME POUR LES PERSONNES AYANT
SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL (TCC) DU CRLB**

Dossier _____
Nom _____
Prénom _____

Symptômes persistants (ces symptômes sont non spécifiques au diagnostic de TCC)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Céphalées post-traumatiques | <input type="checkbox"/> Troubles visuels | <input type="checkbox"/> Trouble d'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Étourdissements | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Dépression-anxiété | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (mémoire, concentration, ralentissement) | <input type="checkbox"/> Photo-sonophobie |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | | |

Autres symptômes en lien avec l'événement (ex. douleurs, éléments de stress post-traumatique, cervicalgie, anxiété/humeur secondaire) :

Histoire antérieure de traumatisme(s) craniocérébral(aux), dates

Autres antécédents (ex. psychologiques, abus de substances, neurologiques)

Traitements actuels ou post-événement en lien avec le TCC et motif(s)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie _____ | <input type="checkbox"/> Kinésiologie _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie _____ | <input type="checkbox"/> Psychologie : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ostéopathie _____ | <input type="checkbox"/> Neuropsych _____ |
| <input type="checkbox"/> Chiropraxie _____ | |
| <input type="checkbox"/> Médecins spécialistes (lesquels et rapports si disponibles)
_____ | |
| <input type="checkbox"/> Médication(s) : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

Médecin référent Médecin traitant

Nom : _____

Numéro de pratique _____

Adresse : _____

Ville : _____ **Code postal** _____

Téléphone : _____ **Télécopieur** _____

Signature _____ **Date** _____

Nous vous rappelons la publication sur le site de l'INESSS d'un dossier spécial traitant du TCC léger et de sa prise en charge. Ce dossier est paru dans Médecin du Québec volume 51 numéro 1. Une autre référence disponible sur le WEB : <http://onf.org/documents/guidelines-for-concussion-mtbi-persistent-symptoms-second-edition>

Merci.