



## Lettre confirmant le diagnostic médical

Date : \_\_\_\_\_ Nom d'athlète : \_\_\_\_\_

Madame, Monsieur,

Les athlètes ayant une possible commotion cérébrale devraient être suivis conformément aux *Lignes directrices canadiennes sur les commotions cérébrales dans le sport*. Par conséquent, j'ai personnellement rempli un examen médical pour ce patient.

### Résultats d'examen médical

☐ Aucune commotion cérébrale n'a été décelée chez ce patient. Il peut donc retourner à l'école et reprendre entièrement ses activités scolaires, professionnelles et sportives sans restriction.

☐ Aucune commotion cérébrale n'a été décelée chez ce patient, mais l'évaluation a conduit au diagnostic et aux recommandations suivantes : \_\_\_\_\_

☐ Ce patient a subi une commotion cérébrale.

La gestion des commotions cérébrales a pour objectif de permettre un rétablissement complet du patient en assurant un retour à l'école, au travail et au sport de façon sécuritaire et progressive. On a recommandé au patient d'éviter toute activité qui pourrait éventuellement provoquer une autre commotion cérébrale ou une blessure à la tête jusqu'à ce qu'il ait reçu une *lettre d'autorisation médicale* fournie par un médecin ou infirmier praticien conformément aux *Lignes directrices canadiennes sur les commotions cérébrales dans le sport*.

Autres commentaires : \_\_\_\_\_

Nous vous remercions d'avance pour votre compréhension.

Cordialement,

Signature/ lettres moulées \_\_\_\_\_ Médecin/Infirmier praticien  
(Entourer la désignation qui convient) \*

*\*En régions rurales, éloignées ou du nord du pays, la Lettre confirmant le diagnostic médical peut être remplie par un infirmier ou une infirmière avec l'avis préalable d'un médecin ou d'un infirmier praticien. Les formulaires remplis par d'autres professionnels de la santé agréés ne devraient pas être autrement acceptés.*