



## INFORMATIONS ET SURVEILLANCE DES 48 PREMIERES HEURES SUIVANT UNE COMMOTION CEREBRALE

**Vous avez été victime d'une commotion cérébrale**, ce qui correspond à un dysfonctionnement transitoire post traumatique de votre cerveau. L'examen médical initial ne présente pas de critère de gravité, mais devant ce traumatisme sérieux, une prise en charge spécifique est nécessaire.

**Nous vous recommandons d'être accompagné par une tierce personne, pendant ces 24 prochaines heures**, afin de surveiller l'apparition de signes, comme par exemple un changement de comportement, une confusion, des maux de tête, des nausées ou des vomissements, une vision floue, des vertiges ou des troubles de l'équilibre, une somnolence, des difficultés à bouger ou à sentir vos bras ou vos jambes, des douleurs cervicales. **Devant l'apparition de ces symptômes, contactez un médecin, le 15 ou un service d'urgences.**

Nous vous demandons également de respecter un repos strict sportif, intellectuel et visuel dans les 48h à venir.

**L'objectif de ce repos est de protéger votre cerveau, en évitant ainsi les complications à court et à long terme.**

Évitez toute stimulation de type lecture prolongée, ou visualisation d'écrans (smartphone, ordinateur, télévision...) ou ambiance bruyante ou de forte luminosité. Ne consommez pas d'alcool, ni de médicaments sans avis médical (aspirine, somnifère, anti-inflammatoire, paracétamol...) pour ne pas masquer les symptômes de la commotion. Il est fortement déconseillé de conduire un véhicule motorisé pendant 24h.

**Vous devez obligatoirement être réévalué après 48H de repos strict par un médecin, avant toute reprise d'activité sportive ou professionnelle.**

**Présentez cette fiche au médecin lors de l'examen médical.**

**L'ensemble des documents et fiches ressources relatives au Protocole Commotion Cérébrale de France Judo est consultable sur le site de la Fédération : <https://www.ffjudo.com/prevention-et-traitement-des-commotions-cerebrales>**

**Vous y trouverez également le listing des médecins référent de la Fédération.**

Date: .....

**Nom de la personne accompagnante :**

.....  
.....

**Patient commotionné :**

.....  
.....

**Nom du médecin** donnant les consignes :

.....  
.....

*Rédiger la mention suivante :*

*Je déclare avoir bien compris les consignes décrites dans le présent document.*

*signature*

*Rédiger la mention suivante :*

*Je déclare avoir bien compris les consignes décrites dans le présent document.*

*signature*

*signature RPPS :*