



**Vous vous rendez chez votre MÉDECIN
car vous SUSPECTEZ une COMMOTION CÉRÉBRALE**

Auto-questionnaire des symptômes

Merci de remettre le document entièrement rempli au médecin qui va vous examiner

	AUCUN	LÉGER		MODÉRÉ		GRAVE	
		1	2	3	4	5	6
J'ai mal à la tête							
J'ai la tête lourde « pression dans le crâne »							
J'ai mal au cou							
J'ai des nausées, envie de vomir							
J'ai des vertiges							
Je vois trouble							
J'ai des problèmes d'équilibre							
La lumière me gêne							
Le bruit me gêne							
Je me sens au ralenti							
J'ai l'impression d'être dans le brouillard							
Je ne me sens pas bien							
J'ai du mal à me concentrer							
J'ai du mal à me souvenir							
Je me sens fatigué(e), je manque d'énergie							
Je me sens confus (e)							
J'ai envie de dormir							
J'ai du mal à m'endormir							
Je me sens plus émotif(ve)							
Je me sens plus irritable							
Je me sens un peu triste							
Je me sens plus anxieux(se), plus nerveux (se)							
Nombre de symptômes présents	sur 22						
Gravité des symptômes	sur 132						
Si 100% correspond à votre état normal avant le choc, quel pourcentage vous attribuez-vous aujourd'hui ?	%						

ATTENTION

Si l'une des cases de la colonne OUI est cochée et que nous sommes à plus de 10 jours de la commotion cérébrale, le diagnostic de **commotion persistante** est très probable

Un avis spécialisé est recommandé.