



TR145

**REPÉRAGE  
DU TCC LÉGER**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> SAAQ<br><input type="checkbox"/> CSST<br><input type="checkbox"/> RAMQ<br><input type="checkbox"/> IVAC | <b>Référé par :</b><br><input type="checkbox"/> L'URGENCE<br><input type="checkbox"/> L'ÉTAGE<br>(Hospitalisé) | <input type="checkbox"/> G.M.F<br><input type="checkbox"/> CLINIQUE RÉSEAU<br><input type="checkbox"/> U.M.F.<br><input type="checkbox"/> CABINET PRIVÉ |
|--|--|---|

| CRITÈRES DIAGNOSTICS DU TCC LÉGER  | OUI | NON |                         |
|--|-----|-----|-------------------------|
| ☞ Période d'altération de l'état de conscience (Confusion ou désorientation)   |     |     |                         |
| ☞ Perte de conscience ≤ 30 minutes   |     |     | SVP précisez la durée : |
| ☞ Amnésie post-traumatique ≤ 24 heures   |     |     |                         |
| ☞ Signes neurologiques transitoires ou signes neurologiques localisés, convulsion ou lésion intracrânienne ne nécessitant pas de chirurgie |     |     |                         |

**Vous devez référer le bénéficiaire au programme de traumatologie régional, si vous avez répondu « OUI » à au moins un critère diagnostic.**

Lorsqu'il y a présence des symptômes tels : nausées, céphalées, vision embrouillée, étourdissements mais sans critère diagnostic de TCC léger :

- **Si phase aiguë (<6 semaines) : Remettre seulement le dépliant :**  
« Le TCCL Renseignement, conseils pratiques et recommandations »
- **Si phase chronique (>6 semaines) : Référer au programme de traumatologie régional**

« Je (nom du bénéficiaire) \_\_\_\_\_ autorise l'établissement \_\_\_\_\_  
ou le médecin traitant Dr \_\_\_\_\_ à faire parvenir au Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (CHRTR) mon dossier médical relatif à l'accident du \_\_\_\_\_ et je consens à ce que les professionnels du programme de réadaptation en traumatologie du CHRTR étudient mon dossier. Si selon les critères d'admissibilité établis, je suis éligible au programme, j'accepte qu'on entre en contact avec moi par téléphone afin d'assurer un suivi de ma condition. »

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date