

**Feuille de Triage des blessures en physiothérapie**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Est-ce que l'athlète étudiant consent au traitement et à la collecte de renseignement personnel?  
(Formulaire signé en début d'année par l'étudiant ou le parent, si moins de 14 ans)

Oui  Non  (nous ne pourrons pas le recevoir en physiothérapie)

Sport/ discipline : \_\_\_\_\_

Période du sport : En avant-midi  En après midi

Saison active du sport  Saison morte

Date de la blessure : \_\_\_\_\_

Région de la blessure : Commotion  Cou  , Haut du dos  , Bas du dos

Épaule  , Coude  Poignet/Main  , Hanche  , Genou  , Cheville/Pied

Autres  (spécifier) : \_\_\_\_\_

Type de blessure : Traumatique  De surutilisation  Autres  (spécifier) : \_\_\_\_\_

Description sommaire de l'évènement :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Restriction dans son sport (encercler)

0	1	2	3	4	5
Incapable de faire son sport		Limité dans certaines activités			Aucune limitation

Autres détail (Ex : date compétition/match important à venir) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Signature du coordonnateur : \_\_\_\_\_

Signature physiothérapeute : \_\_\_\_\_

Date du rendez-vous donné par le physiothérapeute : \_\_\_\_\_