

Formulario a ser completado después de dos noches de sueño incluida la noche del partido

|  |                              |   |  |   |                                  |
|--|------------------------------|---|--|---|----------------------------------|
| Nombre del Jugador:  |                              |   |  | Edad del Jugador:                                 |                                  |
| Posición de juego en el momento de la lesión:                              |                              | En el Rugby de XV, Nº del jugador (1-23): |  | Año en que comenzó en el Rugby profesional:       |                                  |
| Altura del jugador:  |                              | Peso del Jugador:                         |  | Año en que empezó a jugar al Rugby:               |                                  |
| Cantidad de conmociones cerebrales diagnosticadas en los últimos 12 meses: |                              |   | No sabe <input type="checkbox"/>                             | Cantidad de conmociones cerebrales en su carrera: | No sabe <input type="checkbox"/> |
| Nombre del médico  |                              | Fecha de la evaluación                    |  | Hora de la evaluación (reloj de 24 horas)         |                                  |
| ¿Motivos para la HIA3?   | Seguimiento de HIA1 y/o HIA2 |   | El Jugador desarrolló síntomas el día(s) después del partido | Requerida después de la revisión del video        |                                  |

### SECCIÓN 1: RESUMEN DE HIA1 Y HIA2

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| ¿Se ha completado un formulario HIA 1? Si la respuesta es Sí ¿cuál fue el resultado? (Seleccione una opción) |   | ¿Se ha completado un formulario HIA 2? Si la respuesta es Sí ¿cuál fue el diagnóstico clínico en ese momento? (Seleccione una opción) |   |
| Sí   | <b>JUGADOR RETIRADO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Signo o síntoma confirmado de Criterios 1</li> <li><input type="checkbox"/> Examen HIA1 fuera del campo anormal</li> <li><input type="checkbox"/> Sospecha clínica a pesar de HIA1 fuera del campo normal</li> <li><input type="checkbox"/> Jugador retirado por otra lesión</li> <li><input type="checkbox"/> Menores de 19: Identifique y Retire</li> </ul>   | Sí  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> HIA2 – Normal, Conmoción cerebral no confirmada</li> <li><input type="checkbox"/> HIA2 – Normal pero la sospecha clínica apoya una Conmoción cerebral</li> <li><input type="checkbox"/> HIA2 – Anormal, Conmoción cerebral confirmada</li> <li><input type="checkbox"/> HIA2 – Conmoción cerebral no confirmada; juicio clínico del médico desestima HIA2 anormal</li> <li><input type="checkbox"/> HIA2 – Anormal debido a una lesión que no es conmoción cerebral o a una enfermedad</li> </ul> |
|  | <b>JUGADOR NO RETIRADO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Jugador retornó después de examen HIA1 fuera del campo</li> <li><input type="checkbox"/> Juicio clínico descartó examen HIA1 fuera del campo anormal</li> <li><input type="checkbox"/> Terminó el partido: el jugador habría retornado al partido</li> <li><input type="checkbox"/> Terminó el partido: el jugador habría sido retirado del partido</li> </ul>   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Los síntomas aparecieron más de 3 horas después de la lesión</li> <li><input type="checkbox"/> Examen HIA2 no realizado a pesar de haber sido indicado</li> <li><input type="checkbox"/> Evento sospechoso descubierto con el video u observación directa después del día del partido</li> </ul>  |
| No   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Los síntomas aparecieron después de la finalización del partido</li> <li><input type="checkbox"/> Examen HIA1 fuera del campo no realizado a pesar de haber sido indicado</li> <li><input type="checkbox"/> Evento sospechoso descubierto con el video u observación directa después del partido</li> <li><input type="checkbox"/> Signo o síntoma de Criterios 1 identificado y jugador retirado pero examen fuera del campo no realizado.<br/>Confirmar el indicador de Criterios 1: _____</li> </ul> | No  |   |

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL INCIDENTE

¿Se identificó algún incidente específico del partido o entrenamiento que causó que el jugador ingresara al Procedimiento HIA después del partido o entrenamiento en el momento de una HIA 2 o HIA 3?  Sí  No  Irrelevante

Si la responsabilidad fue de una lesión en el partido, ¿en qué cuarto del partido ocurrió este incidente?  Cuarto 1  Cuarto 2  Cuarto 3  Cuarto 4

| Evento de juego  | Choque con:   | Contacto:  | Técnica del Jugador:  |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tackleó<br><input type="checkbox"/> Fue tackleado<br><input type="checkbox"/> Ruck/maul<br><input type="checkbox"/> Scrum<br><input type="checkbox"/> Choque accidental<br><input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Oponente<br><input type="checkbox"/> Compañero<br><input type="checkbox"/> Suelo<br><input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Cabeza con cabeza<br><input type="checkbox"/> Cabeza con hombro<br><input type="checkbox"/> Cabeza con miembro superior<br><input type="checkbox"/> Cabeza con rodilla o cadera<br><input type="checkbox"/> Cabeza con pie/ parte inferior de la pierna<br><input type="checkbox"/> Cabeza con el suelo<br><input type="checkbox"/> Transmisión indirecta de fuerza a la cabeza<br><input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Otro: | <input type="checkbox"/> Técnica correcta<br><input type="checkbox"/> Posición incorrecta de la cabeza<br><input type="checkbox"/> Otra técnica incorrecta<br><input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> No se aplica<br><input type="checkbox"/> Otro: |
|  |   |  | Juego sucio:  |
|  |   |  | <input type="checkbox"/> Tackleador sancionado<br><input type="checkbox"/> Portador de la pelota sancionado   |

## SECCIÓN 3: EVALUACIÓN COGNITIVA – Evaluación Estandarizada de Conmoción cerebral (SAC)

| ORIENTACIÓN (1 punto por cada respuesta correcta) | Incorrecta | Correcta |
|---|------------|----------|
| ¿En qué mes estamos?                              |            |          |
| ¿Qué fecha es hoy?                                |            |          |
| ¿Qué día de la semana es hoy?                     |            |          |
| ¿En qué año estamos?                              |            |          |
| ¿Qué hora es en este momento? (dentro de la hora) |            |          |

Puntaje de orientación:            de 5

## SECCIÓN 3 (continuación): EVALUACIÓN COGNITIVA – Evaluación Estandarizada de Conmoción cerebral (SAC)

### MEMORIA INMEDIATA

| Lista | Lista alternativa de 10 palabras |         |          |           |          | Prueba 1 | Prueba 2 | Prueba 3 |
|-------|----------------------------------|---------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| A     | Dedo                             | Moneda  | Sábana   | Limón     | Insecto  |          |          |          |
|       | Dólar                            | Miel    | Espejo   | Montura   | Ancla    |          |          |          |
| B     | Niño                             | Mono    | Perfume  | Anochecer | Hierro   |          |          |          |
|       | Vela                             | Papel   | Azúcar   | Sándwich  | Vagón    |          |          |          |
| C     | Campera                          | Flecha  | Pimienta | Algodón   | Película |          |          |          |
|       | Codo                             | Manzana | Alfombra | Montura   | Burbuja  |          |          |          |

**Calificación de Memoria inmediata: de 30**

**Tiempo en que se completó la última prueba:**

### CONCENTRACIÓN: DÍGITOS ORDEN INVERSO (1 punto por cada serie de números correcta)

| Lista       | Prueba 1   |          | Prueba 2   |          | Listas alternativas de números |             |             |
|-------------|------------|----------|------------|----------|--------------------------------|-------------|-------------|
|             | Incorrecta | Correcta | Incorrecta | Correcta |                                |             |             |
| 4-9-3       |            |          |            |          | 6-2-9                          | 5-2-6       | 4-1-5       |
| 3-8-1-4     |            |          |            |          | 3-2-7-9                        | 1-7-9-5     | 4-9-6-8     |
| 6-2-9-7-1   |            |          |            |          | 1-5-2-8-6                      | 3-8-5-2-7   | 6-1-8-4-3   |
| 7-1-8-4-6-2 |            |          |            |          | 5-3-9-1-4-8                    | 8-3-1-9-6-4 | 7-2-4-8-5-6 |

### CONCENTRACIÓN: MESES EN ORDEN INVERSO (1 punto por la secuencia entera correcta)

|  |            |          |
|--|------------|----------|
| Dic-Nov-Oct-Sep-Ago-Jul-Jun-May-Abr- Mar-Feb-Ene | Incorrecta | Correcta |
|  |            |          |

**Puntaje de Concentración: de 5**

## SECCIÓN 4: EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS – Listado de control de síntomas – ENTREGAR AL JUGADOR PARA QUE LO LEA

Al Jugador: desde el kick-off hasta este momento:

| ¿CUÁLES?   |    | ¿CUÁNTO?                                     |   |          |   |        |   | ¿CUÁNDO?  |     |      | ¿POR CUÁNTO TIEMPO?                            |                 |                   |                     |                         | ¿AÚN PRESENTE?  |   |          |   |        |   |   |  |
|--|----|--|---|----------|---|--------|---|---|-----|------|--|-----------------|-------------------|---------------------|-------------------------|---|---|----------|---|--------|---|---|--|
| Indique los síntomas que ha experimentado desde el momento de la lesión o después del partido que no suele observar jugando al rugby |    | Indique la intensidad máxima de cada síntoma |   |          |   |        |   | Indique cuándo comenzó a sentir cada síntoma indicado |     |      | Indique cuánto duró cada uno de estos síntomas |                 |                   |                     |                         | Confirme la intensidad de cualquier síntoma inusual que aún esté presente |   |          |   |        |   |   |  |
|  |    | Leve   |   | Moderado |   | Fuerte |   |   |     |      | 0-15 min                                       | 15 min – 1 hora | 1 hora - 1ª noche | 1ª noche - 2ª noche | Más allá de la 2ª noche | Leve  |   | Moderado |   | Fuerte |   |   |  |
| No   | Sí | 1  | 2 | 3        | 4 | 5      | 6 | A*  | B** | C*** |  |                 |                   |                     |                         | 0   | 1 | 2        | 3 | 4      | 5 | 6 |  |
| Dolor de cabeza (P)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| 'Presión en la cabeza' (P)   |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Dolor de cuello (P)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Náuseas o vómitos (P)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Fatiga / baja energía (P)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Mareos (V-O)   |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Visión borrosa (V-O)   |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Problemas de equilibrio (V-O)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Hipersensibilidad a la luz (V-O)   |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Hipersensibilidad al ruido (V-O)   |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Sensación de lentitud (C)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Sensación de aturdimiento (C)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| "No me siento bien" (C)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Dificultad de concentración (C)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Dificultad para recordar (C)   |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Confusión (C)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Somnolencia (C)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Dificultades para dormir (Psy)   |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Más emotivo (Psy)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Irritabilidad (Psy)  |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Tristeza (Psy)   |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |
| Nerviosismo o ansiedad (Psy)   |    |  |   |          |   |        |   |   |     |      |  |                 |                   |                     |                         |   |   |          |   |        |   |   |  |

Agrupamiento de síntomas. P: Físicos, V-O: Vestibulares-oculares, C: Cognitivos, Psy:

¿AMNESIA ANTERÓGRADA (amnesia después de la lesión)?

No  Sí, duración:

¿AMNESIA RETROGRADA (amnesia antes de la lesión)?

No  Sí, duración:

A\* = En la cancha  
B\*\* = Después del partido, mismo día  
C\*\*\* = Después del partido, día siguiente

## SECCIÓN 5: EVALUACIÓN DE EQUILIBRIO, COORDINACIÓN Y MARCHA

### EVALUACIÓN DE EQUILIBRIO

|                        | Nº de errores |
|------------------------|---------------|
| Postura en Dos piernas |               |
| Postura en Una pierna  |               |
| Postura en Tándem      |               |

**Diagnóstico de resultado anormal:** Más errores que los datos de referencia 0 si no hubiera datos de referencia puntajes de: postura en dos piernas 1 o más errores, postura en tándem 4 o más errores, postura en una pierna 6 o más errores

| EXAMEN NEUROLÓGICO  | Sí | No |
|---|----|----|
| ¿Puede el paciente leer en voz alta (por ejemplo, listado de síntomas) y seguir las instrucciones sin dificultad? |    |    |
| ¿Tiene el paciente una gama completa de movimientos PASIVOS sin dolor en la columna cervical?                     |    |    |
| Sin mover la cabeza o el cuello, ¿puede el paciente mirar a un lado y al otro, arriba y abajo sin visión doble?   |    |    |
| ¿Puede el paciente realizar la prueba de coordinación dedo-nariz normalmente?                                     |    |    |
| ¿Puede el paciente realizar la marcha en tándem normalmente?  |    |    |

### SAC – MEMORIA DIFERIDA - debe ser realizada por lo menos 5 minutos después de la prueba de Memoria Inmediata

Cantidad de palabras de la prueba de Memoria Inmediata recordadas (lista de 10 palabras) de 10

## SECCIÓN 6: RESULTADOS DE LA MODA

|  |       |
|--|-------|
| Síntomas presentes (número 0-22)                           |       |
| Gravedad de síntomas (0-132)                               |       |
| Orientación  | de 5  |
| Memoria inmediata: lista de 10 palabras                    | de 30 |
| Concentración: Dígitos orden inverso y Meses orden inverso | de 5  |
| Errores registrados en Postura en dos piernas              |       |
| Errores registrados en Postura en una pierna               |       |
| Errores registrados en Postura en Tándem                   |       |
| Memoria diferida: listado de 10 palabras                   | de 10 |
| Examen Neuro: normal/anormal                               |       |

Jugadores con valores de referencia de la SCAT (Herramienta de Evaluación de la Conmoción cerebral en el Deporte) deben ser evaluados contra sus valores de referencia. Para los jugadores que no tengan valores de referencia los valores que siguen son indicativos de conmoción cerebral

### DATOS NORMATIVOS

1. Puntaje de Orientación menor que 4
2. Puntaje de Memoria Inmediata menor que 16.
3. Puntaje de Concentración (números en orden inverso y meses en orden inverso) menor que 3
4. Resultado de Memoria Diferida menor que 4.
5. Equilibrio: Postura en dos piernas 1 o más errores, Postura en Tándem 4 o más errores, Postura en una pierna 6 o más errores

**Nota:** La presencia de cualquier síntoma del listado de síntomas no experimentado generalmente después de un partido o entrenamiento de rugby es un fuerte indicador de conmoción cerebral.

## SECCIÓN 7: RESULTADO DE LA EVALUACIÓN COGNITIVA COMPUTERIZADA (si fue realizada)

Herramienta de evaluación cognitiva utilizada  CogSport  Headminder  Impact  Otro

¿Cuál fue el resultado de la evaluación cognitiva computerizada?  Normal  Anormal  No se hizo

**SECCIÓN 8: RESULTADO DE LA HIA3**

Resultado de la HIA3:

- HIA3 – Normal
- HIA3 – Normal pero sospechas clínicas apoyan una conmoción cerebral
- HIA3 – Anormal, conmoción cerebral confirmada
- HIA3 – No hay conmoción cerebral, el juicio clínico del médico desestimó la HIA3 anormal
- HIA3 – Anormal debido a una lesión no relacionada con una conmoción cerebral o una enfermedad

**Una HIA3 ANORMAL se determina mediante síntomas anormales, evaluación cognitiva (SAC) anormal, evaluación neurocognitiva computerizada anormal, evaluación de equilibrio anormal O examen neurológico anormal**

**SECCIÓN 9: RESULTADO GENERAL**

¿Se determinó una conmoción cerebral en alguna etapa del Procedimiento HIA?

|    |  |  |
|----|--|--|
| No | <b>Motivo:</b>   | <input type="checkbox"/> Jugador sin evidencias de uno de los Criterios 1 y HIA2 normal y HIA3 normal  |
| Sí | <b>Motivo:</b><br>(Se puede seleccionar más de una opción) | <input type="checkbox"/> Criterios 1 identificados<br><input type="checkbox"/> HIA2 anormal<br><input type="checkbox"/> HIA3 anormal<br><input type="checkbox"/> Sospecha clínica en cualquier etapa a pesar de HIA1, HIA2 y HIA3 normales |