

这是一个快速参考的工具，有待完成以帮助识别疑似脑震荡，并将这信息与家长/监护人沟通。

识别疑似脑震荡- 3个步骤过程

继头部，面部或颈部受到击打，或身体受到击打之后传送力量到头部，出现任何一项或多项以下图表所述的迹象或症状时/或简单记忆功能评估失败时，必须怀疑发生脑震荡。

1. 在适当的方框中打勾

发生一个事件涉及 _____ (学生/运动员的名字) 在 _____ (日期)。

对他/她观察了脑震荡的迹象和症状。

- 在评估学生/运动员时注意到无下列描述的迹象或症状。
请注意：继续观察学生/运动员是非常重要的，因为脑震荡的迹象和症状可能会在数小时或数天后出现 (参考#3 b) 于反页)。
- 在评估学生/运动员时注意到有下列描述的迹象或症状而且已经报告通知：

疑似脑震荡的迹象与症状 *如果观察到任何迹象或症状恶化，请拨打911。	
能够观察到的迹象	已报告可能出现的症状
<p>一个迹象是由另一个人观察到的某些东西 (例如，家长/监护人，老师，教练，导师，同辈)。</p> <p>身体</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 失去知觉* <input type="checkbox"/> 没有反应 (应遵循ER行动计划) * <input type="checkbox"/> 呕吐 <input type="checkbox"/> 口齿不清* <input type="checkbox"/> 反应的时间慢 <input type="checkbox"/> 协调不良或平衡* <input type="checkbox"/> 两眼发直/目光呆滞/茫然或空空的样子 <input type="checkbox"/> 玩的能力减少 <input type="checkbox"/> 躺在地上一动也不动*或缓慢的站起来 <input type="checkbox"/> 失忆* <input type="checkbox"/> 癫痫或抽搐* <p>认知</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 抓住或紧抓头部 <input type="checkbox"/> 难以集中注意力 <input type="checkbox"/> 轻易受干扰 <input type="checkbox"/> 总体混淆 <input type="checkbox"/> 不记得受伤发生之前和之后的事情 (反转见简单记忆功能评估) <input type="checkbox"/> 他/她参与的活动类型不记得时间，日期，和地点 <input type="checkbox"/> 反应时间缓慢 (例如，回答问题或按照指示操作) <p>情绪/行为</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 奇怪的或不当情绪 (如笑，哭，容易发脾气) <p>其它 _____</p>	<p>一个症状是由学生/运动员感觉到/报告的某些情况。</p> <p>身体</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 头部有压力 <input type="checkbox"/> 颈部疼痛 <input type="checkbox"/> 感觉不舒服 <input type="checkbox"/> 耳鸣 <input type="checkbox"/> 看到双重影像或视觉模糊/损失视觉 <input type="checkbox"/> 眼冒金星，闪灯 <input type="checkbox"/> 身体受伤部位疼痛 <input type="checkbox"/> 恶心/肚子痛/疼痛 <input type="checkbox"/> 平衡问题或眩晕 <input type="checkbox"/> 疲乏或累的感觉 <input type="checkbox"/> 对光线或噪音敏感 <p>认知</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 难以记忆或集中注意力 <input type="checkbox"/> 缓慢，疲乏或精力低 <input type="checkbox"/> 茫然或一头雾水 <p>情绪/行为</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 烦躁，悲伤，比平时更情绪化 <input type="checkbox"/> 紧张，焦虑，抑郁 <p>其它 _____</p> <p style="text-align: right;">请翻页 </p>

2. 执行迅速记忆功能的评估

问学生/运动员下列问题，记录答案如下。如未能正确回答这些问题中的任何一个，有可能显示患脑震荡：

我们现在是在什么房间？答案：_____

我们现在玩什么活动/运动/游戏？答案：_____

我们今天在什么场地玩呢？答案：_____

现在是一天之中的什么部分？答案：_____

你老师/教练的名字是什么？答案_____

你去哪一所学校上学？答案：_____

3. 应采取的行动

a) 观察到的迹象或已报告的症状：

如果观察到任何迹象或报告已有的症状，或者如果学生/运动员未能正确回答上述任何问题时：

- 应怀疑是脑震荡；
- 学生/运动员应立即离开赛场，即使学生/运动员说他/她感觉较好一些，当天皆不获准回到赛场；和
- 如果没有家长/监护人（或紧急联系人）监管，学生/运动员不得离开现场。

在疑似脑震荡的所有情况下，学生/运动员必须由医生或执业护士进行诊断检查，而且必须遵循脑震荡理事会的协定。

b) 没有观察到迹象或症状报告：

受伤事件后学生/运动员将立即进行24小时的观察，因为迹象和症状可能立即出现或可能需要数小时或数天出现。在家将由家长监督学生/运动员，在学校将由学校工作人员监督学生/运动员。家长/监护人可以使用表格前面的图表信息进行监督有关迹象和症状。

如果有任何迹象或症状出现，学生/运动员需要当天尽快由医生或执业护士检查。

学校联系人：_____

日期：_____

学生/运动员的名字：_____

继使用此工具进行识别疑似脑震荡之后（表格C-2），必须完成OSBIE意外事件报告书，说明此工具已经完成使用，家长/监护人已经收到所需的监督/身体检查的文件（表格C-3）