

यह फॉर्म माता-पिता/अभिभावक को संदिग्ध मस्तिष्काघात की पहचान हेतु टूल (फॉर्म C-2) के संयोजन में उपलब्ध कराया जाता है। स्कूल द्वारा यह फॉर्म स्वीकार किए जाने के लिए माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर जरूरी हैं।

_____ (छात्र/ऐथलीट का नाम) _____ (दिनांक), को सिर, चेहरे अथवा गर्दन पर आघात लगा, अथवा शरीर पर ऐसा आघात लगा जिसका प्रभाव सिर तक गया है, और इस कारण उसे मस्तिष्काघात हो सकता है।

संदिग्ध मस्तिष्काघात की पहचान हेतु टूल के प्रयोग द्वारा आरंभिक मूल्यांकन के परिणाम:

- घटना के समय कोई चिह्न अथवा लक्षण नहीं देखे गए।
लेकिन, 24 घंटे के भीतर चिह्न अथवा लक्षण प्रकट हो सकते हैं। आपका बच्चा/वार्ड 24 घंटे तक शारीरिक कार्यकलापों में हिस्सा नहीं लेगा। घर पर, माता-पिता/अभिभावक संदिग्ध मस्तिष्काघात की पहचान हेतु टूल (फॉर्म C-2) का उपयोग करके अपने बच्चे/वार्ड को मानीटर करेंगे। स्कूल में, स्कूल स्टाफ द्वारा छात्र/ऐथलीट को मानीटर किया जाएगा।

कार्रवाई: यदि मानीटरिंग की अवधि में कोई चिह्न/लक्षण प्रकट नहीं होते हैं, तो बच्चे/वार्ड के स्कूल लौटने से पहले माता-पिता/अभिभावक को नीचे दिया गया मानीटरिंग के परिणाम भाग पूरा करना होगा।

मानीटरिंग के परिणाम

- माता-पिता/अभिभावक के तौर पर, मेरे बच्चे/वार्ड पर 24 घंटे तक नज़र रखी गई है, और कोई भी चिह्न/लक्षण नहीं देखे गए हैं।

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____
टिप्पणी: _____

- देखे गए चिह्न अथवा लक्षण: _____ घटना के समय
_____ 24 घंटे की मानीटरिंग अवधि के दौरान

घटना के समय/24 घंटे की मानीटरिंग अवधि में देखे गए चिह्नों और/अथवा लक्षणों के लिए, अध्यापक/प्रशिक्षक/सुपरवाइजर द्वारा दिया गया संदिग्ध मस्तिष्काघात की पहचान हेतु टूल (फॉर्म C-2) देखें।

कार्रवाई: आपके बच्चे/वार्ड को जितनी जल्दी संभव हो सके, किसी मेडिकल डॉक्टर अथवा नर्स प्रैक्टिशनर द्वारा देखा जाना तथा चिकित्सा जांच के बाद चिकित्सा जांच परिणाम फॉर्म (नीचे दिया गया) स्कूल प्रिंसिपल को लौटाया जाना जरूरी है।

चिकित्सा जांच के परिणाम

- मेरे बच्चे/वार्ड की जांच की गई है और उसमें मस्तिष्काघात का निदान नहीं हुआ है। अतः वह बिना किसी प्रतिबंध के शिक्षा एवं शारीरिक कार्यकलापों में पूरी भागीदारी शुरू कर सकता है।

मेरे बच्चे/वार्ड की जांच की गई है और उसमें मस्तिष्काघात का निदान हुआ है। अतः यह जरूरी है कि वह डॉक्टरी पर्यवेक्षण में, एक व्यक्तिगत रूप से तैयार की गई और क्रमशः शिक्षा पर लौटने/शारीरिक कार्यकलापों पर लौटने की योजना (फॉर्म C-4) को आरंभ करे।

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

टिप्पणी: _____