

Данный документ предназначен для родителей/опекунов, как дополнение к предыдущему (Form С-2) и содержит рекомендации к действиям в случае подозрения на сотрясение мозга. Эта форма считается действительной если она подписана одним из родителей/опекунов.

_____ (имя ученика/спортсмена) _____ (дата), ударился головой, лицом, шеей или получил удар, приведший к сотрясению головы, в результате чего могло произойти сотрясение мозга.

Результат первоначального осмотра, основанного на использовании Протокола по распознаванию сотрясения мозга:

- НИКАКИХ ПРИЗНАКОВ ИЛИ СИМПТОМОВ СОТРЯСЕНИЯ В МОМЕНТ ПРОИСШЕСТВИЯ НЕ ОБНАРУЖЕНО.**

Тем не менее, признаки и симптомы могут появиться позже, в течении 24-часового периода времени. Ваш ребёнок/воспитанник должен воздерживаться от физической активности в течении 24 часов. Пока ребёнок находится дома, родители/опекуны должны наблюдать за ребёнком/воспитанником в соответствии с Протоколом по распознаванию сотрясения мозга (Form С-2). Школьный персонал будет наблюдать за учеником/спортсменом в школе.

Действия: Если никаких признаков/симптомов не появилось за время наблюдения, родители/опекуны должны заполнить раздел «Результаты наблюдения» до возвращения ребёнка/воспитанника в школу.

Результаты наблюдения

- Как родитель/опекун я наблюдал за моим ребёнком/воспитанником в течении 24 часов и никаких признаков/симптомов сотрясения мозга не заметил.

Подпись родителей/опекунов: _____ Дата: _____

Замечания: _____

- ПРИЗНАКИ ИЛИ СИМПТОМЫ ОБНАРУЖЕНЫ: _____ В МОМЕНТ ПРОИСШЕСТВИЯ
_____ В ТЕЧЕНИИ 24 ЧАСОВ ПОСЛЕ**

За списком возможных признаков и/или симптомов сотрясения в момент происшествия/в течении 24 часового периода времени наблюдения после происшествия обращайтесь к Протоколу по распознаванию сотрясения мозга (Form С-2), к-й можно получить у учителя/тренера/ответственного за ребёнка.

Действия: Ваш ребёнок/воспитанник должен быть осмотрен доктором или квалифицированной медсестрой как можно скорее, и после завершения осмотра форма «Результаты медицинского осмотра» /образец ниже/ должна быть передана директору школы.

Результаты медицинского осмотра

Согласно медицинскому заключению, у моего ребёнка/воспитанника **сотрясения мозга не установлено**, поэтому он(а) может приступить к занятиям, в том числе физкультуры, без всяких ограничений.

Согласно медицинскому заключению, у моего ребёнка/воспитанника **диагностировано сотрясения мозга**, поэтому он(а) должен(на) начать возобновление занятий постепенно, под наблюдением врача, по индивидуальной программе, в соответствии с «Планом возобновления учёбы/физической активности» (Form C-4)

Подпись родителей/опекунов: _____ Дата: _____

Замечания: _____