

此表格提供给家长/监护人，与识别疑似脑震荡的工具结合使用（表格C-2）。必须由一位家长/监护人签名学校才会接受。

\_\_\_\_\_（学生/运动员的名字）\_\_\_\_\_（日期），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，因此可能出现脑震荡。

通过识别疑似脑震荡工具的初步评估结果：

- 事件发生时没有任何迹象或症状是观察到的。

然而，迹象或症状可以稍后在24小时期间内发生。在24小时内您的子女/受监护人不能参加体育活动。在家时家长/监护人使用疑似脑震荡的评估工具（表格C-2）来监督您的子女。而在学校时学校工作人员将会监督学生/运动员。

**行动：**在观察期间如果没有发现任何迹象/症状，在他们的子女/受监护人回到学校之前，家长/监护人需要完成以下监督部分的结果。

### 监督结果

- 作为家长/监护人，本人子女/受监护人已被观察24小时，并没有发现任何迹象或症状。

家长/监护人签名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

意见：\_\_\_\_\_

- 观察到迹象或症状： \_\_\_\_\_ 在事件发生时  
\_\_\_\_\_ 在 24 小时监测期间

参照教师/教练/导师提供疑似脑震荡的评估工具（表格C-2），来观察事件发生时/24小时期间内出现的迹象和/或症状。

**行动：**您的子女/受监护人必须尽早见医生或执业护士而且取得下列体检诊断结果，并在体检之后交回表格给学校的校长。

### 体检结果

- 本人子女/受监护人已被检查确诊无脑震荡，因此可以恢复学习和全面参与体育活动，没有任何限制。
- 本人子女/受监护人已被检查确诊有脑震荡，因此必须开始进行医学观察，规划个人和循序渐进的返回学习/返回体育活动（表格C-4）

家长/监护人签名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

意见：\_\_\_\_\_