

Овај формулар је за родитеље /старатеље заједно са формуларом за препознавање могућег потреса мозга (контузије) (формулар Ц-2). Родитељ /старатељ мора да потпише овај формулар да бе за школа прихватила

_____ (име ученика/спортисте) _____ (датум), Као последица ударца у главу лице или врат, или ударца у тело који је пренео ударац на главу, постоји могућност да је претрпео потрес мозга (контузију) Резултати почетне процене за препознавање могућег потреса мозга (контузије):

У ВРЕМЕ ИНЦИДЕНТА КАД ЗНАЦИ ИЛИ СИМПТОМИ НИСУ ПРИМЕЋЕНИ

- Знаци и симптоми могу да се појаве касније у периоду од 24 сата. Ваше дете/штићеник не треба да учествује у физичким активностима у следећих 24 сата. Док је код куће родитељи /старатељи треба да посматрају њихово дете / штићеника и да употребе формулар за препознавање могућег потреса мозга (контузије)(формулар Ц2)исто важи за наставнике и службенике у школи.

Акције: Ако нема знакова/симптома за време периода посматрања родитељ/старатељ треба да попуни секцију на резултате посматрања пре него што се њихово дете/штићеник врати у школу.

Резултати посматрања

- Као родитељ / старатељ, моје дете / штићеник је био посматран у задња 24 сата и никакви знаци ни симптоми нису примећени.

Потпис родитеља / старатеља: _____ Датум: _____

Коментар : _____

- Посматрани знаци и симптоми: _____ у време инцидента
_____ за време посматрања у току 24 сата

Знаци и симптоми примећени у време инцидента или за време посматрања у току 24 сата погледај формулар за препознавање потреса мозга (контузије)(формулар Ц2) обезбеђен од наставника /тренера, надзорника

Акција: Ваше дете/штићеник мора бити прегледано од лекара или више медецинске сестре што је пре могуће са резултатима о медицинском прегледу у доле наведеном формулару који треба да буде враћен директору после медицинског прегледа.

Резултати медицинског прегледа

- Моје дете/штићеник је прегледан/а и нема дијагнозу потреса мозга (контузије) и због тога може да настави школу и физичке активности без икаквих ограничења.
- Моје дете/штићеник је прегледан/а и има дијагнозу потреса Мозга (контузије) и зато мора бити под медицинским надзором, и имати појединачан и постепен план за повратак на школске и физичке активности (формулар Ц - 4)

Потпис родитеља / старатеља: _____ Датум: _____

Коментар : _____

Узето из ОПХЕА брзбедносне смернице физичког образовања