

본 서식은 ‘뇌진탕 의심 상해 식별 도구(Tool to Identify a Suspected Concussion) (Form C-2)’와 함께 부모/후견인에게 제공됩니다. 본 서식이 학교에 접수되려면 부모/후견인 서명이 있어야 합니다.

_____ (학생/선수 성명)은(는) _____ (날짜) 머리/얼굴/목 충격, 또는 힘이 머리에 전달되는 몸통 충격을 받았으며, 그로 인하여 뇌진탕을 입었을 수 있습니다.

뇌진탕 의심 상해 식별 도구를 사용한 초기 평가의 결과:

- 사고 당시 관찰된 징후 또는 증상 없음
그러나 징후 또는 증상은 24시간의 기간 중에 뒤늦게 나타날 수 있습니다. 귀 자녀/피후견인은 24시간 동안 신체 활동에 참여할 수 없습니다. 가정에서는 부모/후견인이 뇌진탕 의심 상해 식별 도구(Form C2)를 사용하여 자녀/피후견인을 관찰해야 합니다. 학교에서는 교직원이 해당 학생/선수를 관찰합니다.

조치: 관찰 기간 중에 징후/증상이 전혀 나타나지 않을 경우, 부모/후견인은 자녀/피후견인이 학교에 복귀하기 전에 아래의 ‘관찰 결과’ 항목을 작성해야 합니다.

관찰 결과

- 본인은 부모/후견인으로서 본인의 자녀/피후견인을 24시간 동안 관찰했으나 징후/증상이 관찰되지 않았습니다.

부모/후견인 서명: _____ 날짜: _____
덧붙이는 말: _____

- 관찰된 징후 또는 증상: _____ 사고 당시
_____ 24 시간의 관찰 기간 중

사고 당시/24 시간의 관찰 기간 중에 징후 또는 증상이 관찰될 경우, 교사/코치/감독자가 제공하는 뇌진탕 의심 상해 식별 도구(Form C2)를 참고하십시오.

조치: 귀 자녀/피후견인은 검진 후 학교장에게 반송된 검진 결과 서식(아래)과 함께 되도록 빨리 의사 또는 개업간호사에게 진찰을 받아야 합니다.

검진 결과

- 본인의 자녀/피후견인은 검진을 받았으나 뇌진탕 진단을 받지 않았으므로 아무 제한 없이 학업 및 신체 활동 완전 참여를 재개할 수 있습니다.
- 본인의 자녀/피후견인은 검진을 받고 뇌진탕 진단을 받았으므로 의료적 감독 하에 개별적 및 점진적으로 실시되는 학업 복귀/신체 활동 복귀 계획(Return to Learn/Return to Physical Activity Plan) (Form C-4)이 적용되어야 합니다.

부모/후견인 서명: _____ 날짜: _____
덧붙이는 말: _____