

دستاویز برائے مشاہداتی / طبی معائنہ فارم

یہ فارم سرپرست / والدین کو "تفصیلی فارم برائے مکمل اندرونی دماغی چوٹ (فارم سی-2)" کے ہمراہ دیا جاتا ہے۔ فارم کی سکول سے منظوری کے لئے اس پر سرپرست / والدین کے دستخط ہونے ضروری ہیں۔

_____ (طالب علم / کھلاڑی کا نام) _____ (تاریخ) کو سر، چہرے، گردن یا جسم کے کسی حصہ پر ایسی چوٹ آئی ہے، جس کا اثر سرتک جاتا ہے اور اس کے نتیجے میں سر کی اندرونی چوٹ متوقع ہے۔

سر کی اندرونی چوٹ کی ابتدائی تشخیص کے لئے استعمال کردہ ٹیسٹ (جانچ) کے نتائج:

واقعہ کے وقت کوئی علامات / اشارات مشاہدہ میں نہیں آئے۔

تاہم علامات بعد میں 24 گھنٹے تک بھی نمودار ہو سکتی ہیں۔ آپ کا بچہ / بیٹا / بیٹی کسی بھی قسم کی عملی و جسمانی سرگرمی میں 24 گھنٹے تک حصہ نہیں لے سکتا / سکتی۔ آپ اپنے بچے / بیٹا / بیٹی کی گھر پر موجودگی کے دوران مشاہدہ کے لئے مہیا کئے گئے "تفصیلی فارم برائے مکمل اندرونی دماغی چوٹ (فارم سی-2)" کا استعمال کریں۔ سکول کا عملہ طالب علم / کھلاڑی کی سکول میں موجودگی پر اس کا مشاہدہ کرتا رہے گا۔

ضروری اقدام: اگر کوئی علامات نمودار نہ ہوں تو طالب علم کی سکول واپسی سے پہلے سرپرست / والدین کا اس فارم کے مندرجہ ذیل "مشاہداتی نتائج" کا حصہ پر کر کے سکول بھیجنا ضروری ہے۔
مشاہداتی نتائج:

سرپرست / والدین کی حیثیت سے میرے بچے / بیٹا / بیٹی میں 24 گھنٹے کی نگرانی کے بعد کسی قسم کی علامات مشاہدہ میں نہیں آئیں۔

دستخط سرپرست / والدین: _____ تاریخ: _____

تبصرہ: _____

علامات / اشارات کی موجودگی: _____ واقعہ کے وقت

_____ 24 گھنٹے کی مشاہداتی مدت کے دوران

واقعہ کے وقت 24 گھنٹے کی مشاہداتی مدت کے دوران دیکھے جانے والے اشارات / علامات کے لئے استاد / کوچ / نگران کے ذریعہ مہیا کئے گئے فارم "تفصیلی فارم برائے مکمل اندرونی دماغی چوٹ (فارم سی-2)" سے رجوع کریں۔

ضروری اقدام: بچے / بیٹا / بیٹی کو اسی روز ڈاکٹر / پیشہ ور نرس کو دکھایا جائے اور اس کے بعد مندرجہ ذیل فارم پر کر کے سکول کے پرنسپل کو پہنچایا جائے۔

طبی معائنہ کے نتائج:

میرے بچے / بیٹا / بیٹی کا طبی معائنہ کرایا گیا ہے، اور سر کی اندرونی چوٹ کی تشخیص نہیں ہوئی، لہذا وہ تعلیمی اور عملی و جسمانی سرگرمیوں میں بلا روک ٹوک دوبارہ مکمل طور پر شامل ہو سکتا ہے۔

میرے بچے / بیٹا / بیٹی کے طبی معائنہ کے بعد سر کی اندرونی چوٹ تشخیص ہوئی ہے، لہذا اسے طبی نگرانی میں مخصوص اور بتدریج "منصوبہ برائے سیکھنے کی طرف واپسی / عملی و جسمانی سرگرمیوں کی طرف واپسی" پر عمل کروایا جائے۔

دستخط سرپرست / والدین: _____ تاریخ: _____

تبصرہ: _____