

본 서식은 부모/후견인과 학교 담당자가 계획이 실시되는 동안 해당 자녀/피후견인의 진전에 관해 교신할 때 사용하는 것입니다.

학업 복귀/신체 활동 복귀 계획은 가정과 학교의 협력을 통해 이루어지는 복합적 접근법입니다. 학업 복귀 2a단계는 해당 학생이 신체 활동에 복귀하기 전에 완료되어야 합니다. 각 단계는 **최소 24시간 이상** 지속되어야 합니다 (주의: 학업 복귀 2b단계 및 신체 활동 복귀 2단계가 동시에 진행되어야 함). 모든 단계는 반드시 준수되어야 합니다.

학업 복귀/신체 활동 복귀 - Step 1단계

(2a단계로 진행하기 전에 완료되어야 함)

- 가정에서 완료되어야 합니다.
- **인지적 휴식**에는 집중과 주의를 요하는 활동의 제한이 포함됩니다(독서, 문자 메시지 송수신, 텔레비전, 컴퓨터, 비디오 전자 게임 등).
- **신체적 휴식**에는 레크리에이션/레저, 경쟁적 신체 활동이 포함됩니다.

본인의 자녀/피후견인은 **학업 복귀/신체 활동 복귀 계획**의 1단계(자택에서의 인지적 및 신체적 휴식)를 완료했으며 **증상이 호전되었습니다**. 본인의 자녀/피후견인은 학업 복귀 2a단계로 진행할 준비가 되었습니다.

본인의 자녀/피후견인은 **학업 복귀/신체 활동 복귀 계획**의 1단계(자택에서의 인지적 및 신체적 휴식)를 완료했으며 **증상이 전혀 없습니다**. 본인의 자녀/피후견인은 곧바로 학업 복귀 2b단계 및 신체 활동 복귀 2단계로 진행할 준비가 되었습니다.

부모/후견인 서명: _____ 날짜: _____

덧붙이는 말:

학교장/학교 담당자 서명: _____

완료되면 OSR에 기록됨



Form C-4

뇌진탕 기록 - 학업 복귀/신체 활동 복귀 계획
(Documentation for a Diagnosed Concussion
Return to Learn/Return to Physical Activity Plan)

증상 재발

- 본인의 자녀/피후견인은 뇌진탕 징후 또는 증상이 재발하여 의사/개업간호사의 진찰을 받았으며, 의사/개업간호사는 다음에 복귀해도 좋다고 권고했습니다:

학업 복귀/신체 활동 복귀 계획 - _____ 단계

부모/후견인 서명: _____

날짜: _____

덧붙이는 말:

다음 단계가 진행되는 중에 증상이 재발할 경우, 본 서식 2쪽의 '증상 재발' 항목을 참고하십시오.

학업 복귀 - 2a단계

- 해당 학생은 학교에 복귀합니다.
 - 인지 활동을 점차 늘리는 개별화된 수업 전략 및 접근법이 필요합니다.
 - 신체적 휴식에는 레크리에이션/레저, 경쟁적 신체 활동이 포함됩니다.
- 본인의 자녀/피후견인은 개별화된 수업 전략 및 접근법을 받아왔으며 증상이 전혀 없습니다. 본인의 자녀/피후견인은 학업 복귀 2b단계 및 신체 활동 복귀 2단계로 진행할 준비가 되었습니다.

부모/후견인 서명: _____

날짜: _____

덧붙이는 말:

학업 복귀 - 2b단계

- 해당 학생은 학교에서의 정상적 학습 활동에 복귀합니다.

신체 활동 복귀 - 2단계

- 해당 학생은 가벼운 개별 유산소 운동에 한하여 참여할 수 있습니다.
 - 해당 학생은 정상적 학습 활동을 계속합니다.
- 본인의 자녀/피후견인은 가벼운 유산소 운동에 참여한 후 증상이 전혀 없습니다. 본인의 자녀/피후견인은 신체 활동 복귀 3단계로 진행할 준비가 되었습니다.
- Form C-4는 3단계 및 4단계 중의 진전을 기록하기 위해 학교 담당자에게 반송됩니다.

부모/후견인 서명: _____ 날짜: _____
덧붙이는 말:

다음 단계가 진행되는 중에 증상이 재발할 경우, 본 서식 2쪽의 '증상 재발' 항목을 참고하십시오.

신체 활동 복귀 - 3 단계

- 해당 학생은 스포츠별 개별 신체 활동에 한하여 시작할 수 있습니다.

신체 활동 복귀 - 4단계

- 해당 학생은 신체 접촉이 없는 활동(댄스, 배드민턴 등), 가벼운 저항력/웨이트 훈련, 비접촉 연습, 스포츠별 비접촉 반복 훈련에 한하여 시작할 수 있습니다.

- 해당 학생은 3단계 및 4단계를 성공적으로 완료했으며 증상이 전혀 없습니다.
- Form C-4는 의사/개업간호사의 진단 및 서명을 받기 위해 학교 담당자가 부모/후견인에게 반송합니다.

학교 담당자 서명: _____

검진

- 본인, _____ (의사/개업간호사 성명)은(는) _____ (학생 성명)을(를) 진찰하였으며, 동 학생이 여전히 증상이 전혀 없으며 정상적 체육 수업, 실내 및 교내 비접촉 스포츠 활동, 접촉 스포츠 훈련/연습 완전 참여 등에 복귀할 수 있음을 확인하는 바입니다.

의사/개업간호사 서명: _____

날짜: _____

덧붙이는 말:

의사/개업간호사가 서명한 본 Form C-4는 해당 학생이 5단계로 진행하게 되기 전에 학교 담당자에게 반송됩니다.

다음 단계가 진행되는 중에 증상이 재발할 경우, 본 서식 2쪽의 '증상 재발' 항목을 참고하십시오.

신체 활동 복귀 - 5단계

- 해당 학생은 정상적 체육 수업, 실내 및 교내 비접촉 스포츠 활동, 전면적 접촉 스포츠 훈련/연습 완전 참여 등에 복귀할 수 있습니다.

본 C-4 서식은 최종 서명을 위해 부모/후견인에게 반송됩니다:

- 본인의 자녀/피후견인은 신체 접촉이 있는 각종 활동 및 연습에 참여한 후 증상이 전혀 없으며, 이에 본인은 본인의 자녀/후견인이 경기 등 모든 활동에 전면적으로 참여해도 좋다고 허락하는 바입니다.
- 자녀/피후견인은 신체 활동 복귀 3단계로 진행할 준비가 되었습니다

부모/후견인 서명: _____ 날짜: _____

덧붙이는 말: _____

신체 활동 복귀 - 6단계

- 해당 학생은 아무 제한 없이 접촉 스포츠 완전 참여에 복귀할 수 있습니다.



Form C-4

*뇌진탕 기록 - 학업 복귀/신체 활동 복귀 계획
(Documentation for a Diagnosed Concussion
Return to Learn/Return to Physical Activity Plan)*
