

پیوست A - فرم موارد مشکوک به تکانه مغزی

نام دانش آموز: -----
 تاریخ/ ساعت: -----
 نام تکمیل کننده فرم: -----
مشاهده شد یا گزارش شد (مشخص کنید) ضربه ای به سر، صورت، گردن یا بدن وارد شد که باعث انتقال فشار به سر شده و در نتیجه منجر به حرکت سریع مغز در داخل جمجمه شد.

اگر خطری وجود ندارد، فوراً دانش آموز را از محل فعالیت یا ورزش خارج کنید. حتی اگر دانش آموز ابراز می کند که بهتر شده، نباید به بازی برگردد.

اقدام ۱. چراغ خطرها - با ۹۱۱ تماس بگیرید. در صورت وجود علامت (ها) و یا نشانه (ها)ی خطر اینجا () علامت بگذارید.

اگر یک یا بیشتر از یک علامت (ها) و نشانه (ها)ی چراغ خطر وجود دارد با ۹۱۱ تماس بگیرید			
هیچ علامت و نشانه چراغ خطر	سردرد شدید یا رو به افزایش	کاهش سطح هوشیاری	
درد یا حساسیت گردن	تنشج یا رعشه	استفراغ	
احساس ضعف یا خواب رفتگی/سوزش در پاها یا دست ها	دوبینی	آشفتگی، بیقراری و تندخویی رو به افزایش	
	از دست دادن هوشیاری		

اگر چراغ خطر تایید شد، فقط اقدام ۳ را کامل کنید - تماس با والد/سرپرست.

اقدام ۲. سایر علامت (ها) و نشانه (ها): اگر چراغ خطر تایید نشد، اقدام ۲ و اقدام ۳ را کامل کنید - تماس با والد/سرپرست.

سایر علائم تکانه مغزی: در صورت وجود نشانه های قابل رؤیت در اینجا () علامت بگذارید.			
هیچ علامتی مشاهده نشد	گیجی و سردرگمی، یا ناتوانی در پاسخ مناسب دادن به سوالات	مشکل در تعادل، مشکل در گام برداشتن، نبود هماهنگی حرکتی، سکندری خوردن، حرکات اهسته و همراه با تلاش زیاد	دراز کشیدن بدون حرکت روی زمین بازی (بدون از دست دادن هوشیاری)
نگاه مات و خالی	آسیب به صورت بعد از ضربه به سر	کندی حرکت در هنگام برخاستن بعد از ضربه مستقیم و یا غیرمستقیم به سر	
سایر علائم گزارش شده تکانه مغزی: هر چه از دانش آموز می شنوید در اینجا () علامت بگذارید.			
هیچ علامتی گزارش نشد	تاری دید	بیش از معمول احساساتی بودن	مشکل در تمرکز
سردرد	حساسیت به نور	بیش از معمول تحریک پذیر بودن	مشکل حافظه
"احساس فشار در سر"	حساسیت به صدا	احساس غم	احساس کند شدن
مشکل در حفظ تعادل	احساس خستگی و ضعف	مضطرب و عصبی	احساس "درمه بودن"
حالت تهوع	"حالم خوب نیست"	خواب آلودگی	سرگیجه

اگر هر یک از علامت (ها) و نشانه (ها) بدتر شد با ۹۱۱ تماس بگیرید

بررسی سریع عملکرد حافظه: در زیر پاسخ های دانش آموز را ثبت کنید. ممکن است لازم باشد سوالات براساس نوع فعالیت، همچنین سن، توانایی ذهنی و یا مهارت زبان انگلیسی دانش آموز تعدیل شود. **عدم موفقیت در پاسخ دادن به هر یک از سوالات زیر نمایانگر شک به تکانه مغزی است.**

- در حال حاضر در کدام اتاق هستیم؟-----
- در حال حاضر چه فعالیت/ ورزش/ بازی می کنیم؟-----
- امروز در حال بازی در چه زمینی هستیم؟-----
- الان قبل از نهار است یا بعد از نهار؟-----
- نام آموزگار یا مربی تو چیست؟-----
- به کدام مدرسه می روی؟-----

اقدام ۳. تماس با والد/سرپرست

این ارزیابی موارد زیر را برای مورد مشکوک به تکانه مغزی مشخص کرد:

- علامت (ها) و نشانه (ها) ی چراغ خطر ثبت شد. با سرویس اورژانس پزشکی تماس گرفته شد. دانش آموز به دلیل مشکوک بودن به تکانه مغزی به معاینات پزشکی اورژانس نیاز دارد. حادثه و محل بیمارستان به والد/سرپرست اطلاع داده شد.
- سایر علامت (ها) و نشانه (ها) ثبت شد. دانش آموز به دلیل شک به تکانه مغزی به انجام معاینات پزشکی فوری توسط پزشک یا پرستار دوره دیده نیاز دارد. دانش آموز به حداقل ۲۴ ساعت استراحت و تحت نظر بودن در منزل بدون فعالیت فیزیکی نیاز دارد. با والد/سرپرست دانش آموز برای بردن او تماس گرفته شد.
- هیچ علامت و نشانه ای ثبت نشد. دانش آموز به حداقل ۲۴ ساعت استراحت و تحت نظر بودن در منزل و مدرسه همراه با تکمیل اقدامات ۱ و ۲ موجود در این فرم نیاز دارد. واقعه به والد/سرپرست اطلاع داده شد. دانش آموز می تواند با نظارت در مدرسه بماند اما هیچ فعالیت فیزیکی نباید انجام دهد.

اقدام ۴. معاینات/ نظارت پزشکی (توسط والد/سرپرست تکمیل شود)

والد/سرپرست: ----- تاریخ: -----

نتایج معاینات پزشکی:

- (نام دانش آموز) -----
توسط (نام پزشک یا پرستار دوره دیده) معاینه شد -----
- تشخیص تکانه مغزی داده شد و دانش آموز تحت نظر پزشکی است. یک برنامه HDSB مدیریت تکانه مغزی در خانه و مدرسه مورد نیاز است. توجه: براساس این برنامه دانش آموز برای استراحت در مرحله ۱ و ۲ بایستی در خانه بماند.
- تشخیص تکانه مغزی داده نشد. با این وجود معاینات پزشکی موارد زیر را توصیه می کند: -----
- تشخیص تکانه مغزی داده نشد. دانش آموز می تواند بدون هیچ محدودیت به فعالیت های کامل آموزشی و فیزیکی برگردد.

نتیجه ارزیابی (وقتی هیچ نشانه و علامتی ثبت نشده است):

- ----- (نام دانش آموز) در دوره ارزیابی نشانه ها و علایمی را آشکار کرد. دانش آموز به دلیل شک به تکانه مغزی به انجام معاینات پزشکی فوری توسط پزشک یا پرستار دوره دیده نیاز دارد. نتایج معاینات پزشکی می بایستی در بالا ثبت شود.
- ----- (نام دانش آموز) برای مدت حداقل ۲۴ ساعت در خانه ارزیابی شد. هیچ علامت و نشانه ای ثبت نشد. دانش آموز می تواند بدون هیچ محدودیت به فعالیت های کامل آموزشی و فیزیکی برگردد.

امضا والد/سرپرست: -----