

## 附录 A – 疑似脑震荡表格

学生: \_\_\_\_\_

填写人: \_\_\_\_\_

日期/时间: \_\_\_\_\_

亲见或报告 (圈选) 头部、面部、颈部或身体遭受剧烈冲击, 且将一股力量传递到头部, 导致大脑在颅内快速移动。

如果可以安全地做到, 请立即将学生从活动或运动中撤离。学生不得再回去玩, 即使他们表示他们感觉好多了。

### 步骤 1. 红色警示 - 拨打 911。勾选 ( ) 表示红色警示的迹象和/或症状。

如果存在任何一个或多个红色警示的迹象或症状, 请拨打 911			
无红色警示的迹象或症状		严重或逐渐加剧的头痛	逐渐恶化的意识状态
颈部疼痛或压痛		癫痫发作或抽搐	呕吐
手臂或腿部的无力或刺痛/灼痛感		视觉重影	越来越不安, 激动或好斗
		意识丧失	

如果发现红色警示, 则仅完成步骤 3 - 与家长/监护人的沟通。

### 步骤 2. 其他迹象和症状: 如果未发现红色标志, 请完成 STEP 2 和步骤 3 - 与家长/监护人的沟通。

其他脑震荡迹象: 勾选 ( ) 视觉提示。				
未观察到任何迹象	迷失方向或困惑, 或无法对问题作出适当回应	平衡、步态困难、运动失调、绊跤、动作迟缓		一动不动地躺在游戏表面 (不丧失意识)
空白或空置外观	头部外伤后面部损伤	直接或间接击中头部后缓慢起床		
其他报告的脑震荡症状: 勾选 ( ) 您从学生那里听到的内容。				
无报告迹象	视力模糊	更情绪化		难以集中注意力
头痛	对光的敏感度	更易怒		记忆困难
"头部压力"	对噪声敏感	悲伤		感觉慢下来
平衡问题	疲劳或乏力	紧张或焦虑		感觉像"雾里"
恶心	"感觉不对"	嗜睡		头晕
如果有任何迹象 (s) 或症状 (s) 出现恶化, 请拨打 911				

**快速记忆功能检查:** 记录下面的学生反应。可能需要根据活动的性质, 以及学生的年龄、认知能力和/或英语水平来修改问题。未能回答其中任何一个问题表明存在疑似脑震荡。

- 我们现在在哪个房间? \_\_\_\_\_

- 我们现在玩什么活动/运动/游戏? \_\_\_\_\_
- 我们今天在玩那个领域? \_\_\_\_\_
- 是在午饭前还是午饭后?
- 你的老师/教练叫什么名字? \_\_\_\_\_
- 你上哪所学校? \_\_\_\_\_

### 步骤 3. 与家长/监护人的沟通

对疑似脑震荡的评估发现如下情况:

- 注意到红色警示的迹象和/或症状。致电紧急医疗服务。学生需要紧急体检, 检查疑似脑震荡。家长/监护人被告知事件和医院位置。
- 注意到其他迹象和/或症状。学生需要医生或护士医生做紧急体检, 以发现疑似脑震荡。学生至少需要 24 小时的休息和在家监控, 不做任何体育活动。联系家长/监护人接学生。
- 未注意到任何迹象和/或症状。学生需要至少 24 小时在家及在校监控, 使用本表格上的步骤 1 和 2。父母/监护人被告知事件; 学生可以留在学校进行监控, 但不得从事体育活动。

### 步骤 4. 体检/监控 (由家长/监护人完成)

家长/监护人: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

体检结果:

- \_\_\_\_\_ (学生姓名) 由 \_\_\_\_\_ (医生或执业护士的姓名) 做过检查, 并且
- 脑震荡已确诊, 学生正接受医学监控。需要一个 HDSB 家庭和学校脑震荡管理计划。注: 根据此计划, 学生必须在第 1 阶段和第 2 阶段留在家中休息。
- 未诊断出脑震荡。但是, 体检提出了以下建议:  
\_\_\_\_\_
- 未诊断出脑震荡。学生可以不受限制地重新充分参与学习和体育活动。

监控结果 (未注意到任何迹象或症状):

- \_\_\_\_\_ (学生姓名) 在监控期间出现迹象和/或症状。学生需要医生或护士做紧急体检, 以发现疑似脑震荡。体检结果必须上面注明。
- \_\_\_\_\_ (学生姓名) 在家中被监控至少 24 小时。未注意到任何迹象或症状。学生可以不受限制地重新充分参与学习和体育活动。

家长/监护人签名: \_\_\_\_\_