

부록 B - 자택 및 학교 뇌진탕 관리 계획 (HOME AND SCHOOL CONCUSSION MANAGEMENT PLAN) - B부

학생: _____

과거 뇌진탕 경력: 예 / 아니요

학교 관리팀: _____

'예'일 경우 날짜(월월/년년): _____

학부모/후견인 승인: 이 계획은 이 사람들과 공유될 수 있습니다(해당하는 항목 모두 체크):

- 학교 교직원 구내식당 감독자 관계자 관리 전후
 급우/팀 동료 수송 서비스 제공자 관련 자원봉사자 기타:

단계: 초기 휴식(자택에서 작성)

해당 학생은 활동 복귀를 시작하기 전에 처음 24-48시간 동안 전면적인 신체적 및 인지적 휴식을 취한다.

- 24시간 동안 전면적인 신체적 및 인지적 휴식을 취한 후 증상이 호전되었다
또는
 48시간 동안 전면적인 신체적 및 인지적 휴식을 취했다

단계 - 초기 휴식 완료 날짜(일일/월월/년년) _____

학부모/후견인 서명: _____

1단계: 가벼운 인지 활동 및 신체 활동(자택에서 작성)

해당 학생은 자주 짧은 휴식을 취하면서 증상을 유발하지 않는 가벼운 인지 활동 및 신체 활동을 시작할 수 있다.

1단계 완료(모든 칸에 체크해야 함):

- 1단계에서 최소 24시간
 30분간의 가벼운 인지 활동 가능
 가벼운 신체 활동 가능
 나타나거나 보고된 증상 재발, 새로운 증상, 또는 증상 악화 없음

1단계 완료 날짜(일일/월월/년년) _____ 학부모/후견인 서명: _____

2단계: 점진적 활동 복귀(자택에서 작성)

해당 학생은 새로운 뇌진탕 증상이 나타나거나 증상이 악화하지 않을 때까지 자택에서 점진적으로 간단하고 익숙한 일을 함으로써 활동 복귀를 시작했다.

2단계 완료(모든 칸에 체크해야 함):

- 2단계에서 최소 48시간(2a 및 2b 각각 24시간)
 추가적 인지 활동 가능
 일상적 신체 활동 가능
 20-30분간 가벼운 유산소 활동 가능
 나타나거나 보고된 증상 재발, 새로운 증상, 또는 증상 악화 없음. 주의: 이런 일이 발생할 경우, 1단계로 돌아가고 재검진을 받아야 함.

2단계 완료 날짜(일일/월월/년년) _____ 학부모/후견인 서명: _____

3단계: 인지 활동 및 신체 활동 복귀 준비(자택 및 학교에서 작성)

해당 학생은 파트타임으로 학교에 다니면서 적절한 지원을 받으며 통상적 활동을 점진적으로 늘림으로써
 자택 및 학교에서 점진적 인지 활동 및 신체 활동 복귀를 시작했다.

학교 관리팀 회의일: _____

제한/수정/조정	일시

3단계 완료(모든 칸에 체크해야 함):

- 3 24
- Tolerates 4-5 hours of cognitive activity a day between home and school
- 2 3
- Tolerates simple individual drills/sport specific drills
- No exhibited or reported return of symptoms, new symptoms, or worsening symptoms NOTE: if this

3단계 완료 날짜(일일/월월/년년) _____ 학부모/후견인 서명: _____
 학교 관리팀 서명: _____

4단계: 학업 완전 복귀 및 증가된 신체 활동(자택 및 학교에서 작성)

The student is returning to full cognitive activities by attending school full-time and increased physical activities. Minimal supports required at this stage.

학교 관리팀 회의일: _____

제한/수정/조정	일시

4단계 완료(모든 칸에 체크해야 함):

- Minimum of 24 hours at Stage 4
- Symptoms have improved
- Tolerates a full day of school and a nearly normal workload with no accommodations or modifications
- Tolerates increased physical activity, as detailed in chart (pg.2)
- No exhibited or reported return of symptoms, new symptoms or worsening symptoms NOTE: if this occurs, return to Stage 3 and seek a medical re-examination
- Concussion Medical Clearance signed by a physician or nurse practitioner

4단계 완료 날짜(일일/월월/년년) _____ 학부모/후견인 서명: _____
 학교 관리팀 서명: _____

5단계: 비접촉 신체 활동 완전 복귀(자택 및 학교에서 작성)

The student is returning to full non-contact physical activities, with signed Concussion Medical Clearance. Contact activities are only permitted in training/practices for contact sports.

- Not applicable. Student does not participate in any physical activities (e.g., Physical Education, physical activities, intramurals, athletics). NOTE: secondary students only

또는

학교 관리팀 회의일: _____

제한	일시

5단계 완료(모든 칸에 체크해야 함):

- Minimum of 24 hours at Stage 5
- Tolerates full non-contact physical activity
- Tolerate contact in training/practices for contact sports (if applicable)
- No exhibited or reported return of symptoms or new symptoms NOTE: if this occurs, seek a medical re-examination and a re-assessment of the Concussion Medical Clearance

5단계 완료 날짜(일일/월월/년년) _____ 학부모/후견인 서명: _____
 학교 관리팀 서명: _____

6단계: 무제한 신체 활동 복귀(자택 및 학교에서 작성)

The student is returning to full physical activity, without restrictions.

- Not applicable. Student does not participate in competitive contact sports.

또는

학교 관리팀 회의일: _____

6단계 완료(모든 칸에 체크해야 함):

- Minimum of 24 hours at Stage 5
- Tolerates unrestricted physical activity
- No exhibited or reported return of symptoms or new symptoms NOTE: if this occurs, seek a medical re-examination and a re-assessment of the Concussion Medical Clearance

6단계 완료 날짜(일일/월월/년년) _____ 학부모/후견인 서명: _____
 학교 관리팀 서명: _____