

附录 B - 家庭和学校脑震荡管理计划 - B 部分

学生: _____

脑震荡史: 有/无

学校护理团队: _____

如有, 日期 (月/年) : _____

家长/监护人授权: 此计划可与 (勾选所有适用的) 共享: 学校员工 午餐室主管 相关护临时员工
 课前/课后护理人员 班/队友 接送人员 相关义工 其他:

阶段: 初始休息 (在家完成)

在前 24-48 小时内, 学生在开始恢复活动之前, 有全面的身体和认知休息。

24 小时全面的身体和认知休息, 且症状已有好转

或

48 小时的全面身体和认知休息

阶段 - 初始休息完成 (年/月/日) _____

家长/监护人签名: _____

第 1 阶段: 轻度认知和身体活动 (在家完成)

学生可能会开始轻度认知和体力活动, 经常休息, 以不引发病状为宜。

第 1 阶段 完成 (必须勾选所有框格) :

第 1 阶段至少 24 小时

耐受 30 分钟的轻度认知活动

耐受轻度体力活动

没有显示或报告复发病状、新症状或恶化症状。

第 1 阶段完成时间 (年/月/日) _____ 家长/监护人签名: _____

第 2 阶段: 逐步恢复活动 (将在家中完成)

学生已经通过逐步承担简短且熟悉任务, 开始恢复在家的活动过程, 直到没有经历新的或恶化的脑震荡症状。

第 2 阶段 完成 (必须勾选所有框格) :

第 2 阶段至少 48 小时 (2a 和 2b 各 24 小时)

耐受额外的认知

耐受日常体力活动

耐受 20-30 分钟的轻度有氧活动

没有显示或报告复发病状、新症状或恶化症状 注: 如果发生这种情况, 请返回第 1 阶段并寻求医疗复检。

第 2 阶段完成时间 (年/月/日) _____ 家长/监护人签名: _____

第 3 阶段：准备恢复认知和体力活动（将在家庭和学校完成）

学生已通过部分时间上学，逐渐增加日常活动，并在适当的支援下开始逐步恢复认知和体力活动过程。

学校护理团队会议日期： _____

限制/调整/包容	时间表

第 3 阶段 完成（必须勾选所有框格）：

- 第 3 阶段至少 24 小时
- 症状有所好转
- 每天在家和学校之间耐受 4-5 小时的认知活动
- 耐受简单的个人操练/体育专项练习
- 没有显示或报告复发病状、新症状或恶化症状 注：如果发生这种情况，请返回第 2 阶段并寻求医疗复检。

第 3 阶段完成时间（年/月/日） _____ 家长/监护人签名： _____

学校护理团队签名： _____

第 4 阶段：完全恢复学习并增强的体力活动（将在家庭和学校完成）

学生通过全日制上学和增强体育活动，恢复完全的认知活动。在此阶段需要的最小程度的支持。

学校护理团队会议日期： _____

限制/调整/住宿	时间表

第 4 阶段 完成（必须勾选所有框格）：

- 第 4 阶段至少 24 小时
- 症状有所好转
- 耐受整天上学和近乎正常的工作量，无需包容或修改
- 耐受增强的体力活动，如图表（pg.2）中详述的
- 未出现或报告复发病状、新症状或恶化症状 注：如果发生这种情况，请返回第 3 阶段并寻求医疗复检
- 由医生或执业护士签署的脑震荡医疗体检合格证明

第 4 阶段完成时间 (年/月/日) _____ 家长/监护人签名: _____

学校护理团队签名: _____

第 5 阶段: 全面恢复无接触的体力活动 (将在家庭和学校完成)

或获得签署的脑震荡医疗体检合格后, 学生将全面恢复无接触的体力活动。有接触的活动仅允许在有接触体育运动的训练/练习中进行。

不适用。学生不参加任何体力活动 (例如, 体育、体育活动、校内活动、田径)。注: 仅限中学生

或

学校护理团队会议日期: _____

限制	时间表

第 5 阶段 完成 (必须勾选所有框格) :

第 5 阶段至少 24 小时

耐受所有无接触的体力活动

耐受在有接触体育运动的训练/练习中的接触 (如适用)

未显示或报告复发病状或新症状 注: 如果发生这种情况, 请寻求医疗复检及脑震荡体检合格的重新评估

第 5 阶段完成时间 (年/月/日) _____ 家长/监护人签名: _____

学校护理团队签名: _____

第 6 阶段: 返回不受限制的体育活动 (将在家庭和学校完成)

学生毫无限制地全面恢复体力活动。

不适用。学生不参加竞技性的有接触体育运动。

或

学校护理团队会议日期: _____

第 6 阶段 完成 (必须勾选所有框格) :

第 5 阶段至少 24 小时

耐受不受限制的体力活动

未显示或报告复发病状或新症状 注: 如果发生这种情况, 请寻求医疗复检及脑震荡体检合格的重新评估

第 6 阶段完成时间 (年/月/日) _____ 家长/监护人签名: _____

学校护理团队签名: _____