

ملحق أ - نموذج الاشتباه في ارتجاج في المخ

الاسم: _____ أكمل بواسطة: _____

التاريخ/الوقت: _____ تمت مشاهدة أو الإبلاغ عن (ضع دائرة) اصطدام حدث على الرأس أو الوجه أو الرقبة أو الجسم تسبب في نقل قوة إلى الرأس تسببت في جعل المخ يتحرك بسرعة بداخل الجمجمة.

أخرج الطالب على الفور من النشاط أو الرياضة، في حالة إمكانية فعل ذلك على نحو آمن. لا يجب إرجاع الطالب إلى اللعب حتى لو أشار إلى أنه يشعر بتحسن.

الخطوة 1: الإنذارات - اتصل بـ 911. ضع علامة (✓) بالنسبة لعلامة (علامات) و/أو عرض (أعراض) الإنذارات.

في حالة وجود واحدة أو أكثر من علامات أو أعراض الإنذار، اتصل بـ 911			
لا علامات أو أعراض إنذار	صداع حاد أو متزايد	حالة وعي متدهورة	
ألم في الرقبة أو إيلام	نوبة أو تشنج	قيء	
ضعف أو وخز خفيف/حرقان في الذراعين أو الرجلين	رؤية مزدوجة	تزايد في الاضطراب أو الاهتياج أو الميل للقتال	
	فقدان الوعي		

في حالة تحديد الإنذار (الإنذارات)، اكمل فقط الخطوة 3 - التواصل مع الوالد/ولي الأمر.

الخطوة 2. العلامة (العلامات) والعرض (الأعراض) الأخرى: في حالة عدم تحديد إنذار (إنذارات)، اكمل الخطوة 2 والخطوة 3 - التواصل مع الوالد/ولي الأمر.

العلامات الأخرى على الارتجاج في المخ: ضع علامة (✓) الدلائل البصرية.			
عدم ملاحظة أية علامات	تشويش أو ارتباك أو عدم القدرة على الرد على نحو ملائم على الأسئلة	صعوبات في المشي والاتزان، عدم التناسق الحركي، التعثر، بطء وصعوبة في التحركات	الاستلقاء بدون حركة على سطح اللعب (عدم فقدان الوعي)
نظرة فارغة أو خاوية	إصابة بالوجه بعد صدمة الرأس	البطء في النهوض بعد ضربة مباشرة أو غير مباشرة بالرأس	
الأعراض الأخرى على الارتجاج في المخ التي تم الإبلاغ عنها: ضع علامة (✓) على ما تسمعه من الطالب.			
عدم الإبلاغ عن أية علامات	رؤية مشوشة	أكثر انفعالاتاً	صعوبة في التركيز
صداع	حساسية للضوء	أكثر ميلاً للانفعال	صعوبة في التذكر
"ضغط في الرأس"	حساسية للضوضاء	حزن	الشعور بالإبطاء
مشاكل في الاتزان	الإعياء أو انخفاض مستوى الطاقة	متوتر أو قلق	الشعور كما لو كان "في ضباب"
غثيان	'عدم الشعور بأنه على ما يرام'	منعس	دوار
إذا أصبحت أي من العلامات أو الأعراض أكثر سوءاً، اتصل بـ 911			

فحص سريع لوظيفة الذاكرة: سجّل إجابات الطالب أدناه. قد تحتاج الأسئلة للتعديل استناداً إلى طبيعة النشاط وأيضاً سن الطالب وقدرته الإدراكية و/أو إجادته للغة الإنجليزية. يشير الإخفاق في الإجابة على أي من هذه الأسئلة إلى اشتباه إلى حدوث ارتجاج بالمخ.

- في أية غرفة نحن الآن؟
- ما هو النشاط/الرياضة/اللعبة التي نلعبها الآن؟
- في أي ملعب نلعب اليوم؟
- هل الوقت قبل وجبة الغداء أو بعدها؟
- ما هو اسم مدرّسك/مدرّيك؟
- ما هي مدرّستك؟

الخطوة 3. التواصل مع الوالد/ولي الأمر

حدد هذا التقييم الذي أجري للاشتباه في حدوث ارتجاج بالمخ ما يلي:

- تمت ملاحظة علامة (علامات) و/أو عرض (أعراض) الإنذارات. تم استدعاء الخدمات الطبية الطارئة. الطالب يحتاج لإجراء فحص طبي طارئ بسبب الاشتباه في إصابته بارتجاج في المخ. تم إبلاغ الوالد/ولي الأمر عن الحادث ومكان المستشفى.
- تمت ملاحظة علامة (علامات) و/أو عرض (أعراض) أخرى. يحتاج الطالب لإجراء فحص طبي عاجل من قبل طبيب أو ممرضة ممارسة بسبب الاشتباه في حدوث ارتجاج في المخ. الطالب يحتاج 24 ساعة من الراحة بحد أدنى مع الملاحظة في البيت بدون أي نشاط بدني. تم الاتصال بالوالد/ولي الأمر لكي يأتي ويأخذ الطالب.
- لم تتم ملاحظة علامة (علامات) و/أو عرض (أعراض) أخرى. الطالب يحتاج للملاحظة لمدة 24 ساعة بحد أدنى في البيت والمدرسة، وذلك باستخدام الخطوة 1 و2 في هذا النموذج. تم إبلاغ الوالد/ولي الأمر عن الحادث؛ قد يظل الطالب في المدرسة مع الملاحظة لكن بدون أي نشاط بدني.

الخطوة 4. الفحص/الملاحظة الطبية (يتم إكمالها من قبل الوالد/ولي الأمر)

الوالد/ولي الأمر: _____ التاريخ: _____

نتائج الفحص الطبي:

- تم فحص _____ (اسم الطالب) من قبل _____ (اسم الطبيب أو ممارسة التمريض) و
- تم تشخيص حالته على أنها ارتجاج في المخ، ويخضع الطالب الآن للإشراف الطبي. يلزم إعداد خطة من قبل مجلس إدارة مدارس هالتون لإدارة الارتجاج في المخ في كل من البيت والمدرسة. ملحوظة: يلزم أن يظل الطالب بالبيت للراحة أثناء المرحلة 1 و2، وذلك وفقاً لهذه الخطة.
- لم يتم تشخيص الحالة على أنها ارتجاج بالمخ. إلا أن الفحص الطبي أدى إلى التوصيات التالية:

- لم يتم تشخيص الحالة على أنها ارتجاج بالمخ. يمكن للطلاب أن يعود إلى المشاركة الكاملة في أنشطة التعلم والأنشطة البدنية بدون أية قيود.

نتائج الملاحظة (في الحالات التي لا تلاحظ فيها أية علامات أو أعراض):

- (اسم الطالب) طور علامات و/أو أعراض أثناء فترة الملاحظة. يتطلب الطالب فحصاً طبياً عاجلاً من قبل طبيب أو ممارسة تمريض بسبب الاشتباه في الإصابة بارتجاج في المخ. يلزم تسجيل نتائج الفحص الطبي أعلاه.
- (اسم الطالب) تمت ملاحظته في البيت لمدة 24 ساعة بحد أدنى. لم تتم ملاحظة أية علامات أو أعراض. يمكن للطلاب أن يعود إلى المشاركة الكاملة في أنشطة التعلم والأنشطة البدنية بدون أية قيود.

توقيع الوالد/ولي الأمر: _____