

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE SUSPEITA DE CONCUSSÃO

Estudante: \_\_\_\_\_

Preenchido por: \_\_\_\_\_

Dia / Hora: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHADO ou RELATADO (circule) um impacto de choque na cabeça, rosto, pescoço ou corpo, que transmitiu uma força para a cabeça que causou movimento rápido do cérebro dentro do crânio.

Remova o estudante imediatamente de atividades ou esportes, se isso pode ser feito com segurança. O estudante não deve voltar ao jogo, mesmo que ele indique que está se sentindo melhor.

**PASSO 1. Sinais de Alerta - Ligue para 911. Marque no quadrado (☐) para os sinais de alerta e sintomas.**

**Se um ou mais sinais de alerta ou sintomas estiverem presentes, ligue para 911**

Nenhum sinal de alerta ou sintoma	Dor de cabeça forte ou aumentando	Estado de consciência deteriorando
Dor ou sensibilidade no pescoço	Convulsão	Vômito
Fraqueza ou formigamento/ queimação nos braços ou pernas	Visão dupla	Cada vez mais inquieto, agitado ou combativo
	Perda de consciência	

Se sinais de alerta forem identificados, preencher apenas PASSO 3 - Comunicação ao Genitor/Guardião

**PASSO 2. Outro(s) sinal(is) e sintoma(s):** Se sinal(is) de alerta não forem identificados, preencha PASSO 2 e

PASSO 3 - Comunicação com genitor / guardião

**Outros sinais de concussão:** Marque no quadrado (☐) pistas visuais.

Nenhum sinal observado	Desorientação ou confusão mental, ou está incapaz de responder perguntas corretamente	Equilíbrio, dificuldade de andar, falta de coordenação motora, tropeçando, movimentos lentos	Deitado sem se mover na área onde exercia a atividade (não está inconsciente)
Olhar vago ou inexpressivo	Ferimento facial depois do trauma na cabeça	Lentidão ao se levantar depois de uma pancada direta ou indireta na cabeça	

**Outros sintomas de concussão relatados:** Marque no quadrado (☐) o que você ouve do estudante.

Nenhum sinal relatado	Visão embaçada	Sensível emocionalmente	Dificuldade de se concentrar
Dor de cabeça	Sensibilidade à luz	Irritado	Problema de memória
“Pressão na cabeça”	Sensibilidade ao som	Triste	Sentindo-se devagar
Falta de equilíbrio	Cansaço ou pouca energia	Nervoso ou ansioso	Sentindo-se como em um nevoeiro
Náusea	“não me sinto bem”	Sonolento	Tontura

**SE QUAISQUER SINAIS OU SINTOMAS PIORAREM, LIGUE PARA 911**

**Teste Rápido de Memória:** Escreva as respostas do estudante para as perguntas abaixo. As perguntas precisam ser modificadas baseadas na natureza da atividade, bem como na idade, habilidade cognitiva e/ou no nível de proficiência em inglês do estudante. Falta de resposta para qualquer uma destas perguntas indica uma suspeita de concussão.

- Em que sala nós estamos neste momento? \_\_\_\_\_
- Que esporte, atividade ou jogo você está praticando agora? \_\_\_\_\_
- Em que campo nós jogamos hoje? \_\_\_\_\_
- É antes ou depois do almoço? \_\_\_\_\_
- Qual o nome do seu professor/treinador? \_\_\_\_\_
- Que escola você frequenta? \_\_\_\_\_

**PASSO 3. Comunicação ao Genitor/Guardião**

Esta avaliação de suspeita de concussão identificou o seguinte:

- Sinal(is) de alerta e/ou sintomas foram observados. Serviço de Emergência Médica foi chamado. Estudante necessita de um exame médico de emergência por suspeita de concussão. Genitor/Guardião foi informado do evento e da localização do hospital.
- Outro(s) sinal(is) e/ou sintoma(s) foram observados. Estudante necessita de um exame médico urgente, por um médico ou enfermeira por uma suspeita de concussão. Estudante necessita de no mínimo 24h de descanso e monitoramento em casa sem nenhuma atividade física. Genitor/Guardião contatado para vir buscar o estudante.
- Nenhum sinal e/ou sintoma foi observado. Estudante requer um mínimo de 24 horas de monitoramento em casa e na escola, usando PASSOS 1 e 2 neste formulário. Genitor/Guardião foi informado do evento; estudante pode permanecer na escola com monitoramento mas nenhuma atividade física.

**PASSO 4. EXAME MÉDICO / MONITORAMENTO (a ser preenchido pelo Genitor/Guardião)**

Genitor/Guardião: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Resultado do Exame Médico:

- \_\_\_\_\_ (nome do estudante) foi examinado por \_\_\_\_\_ (nome do médico ou enfermeira) e
  - uma concussão foi diagnosticada e o estudante está sob supervisão médica. Um Plano de Gerenciamento de Concussão na Escola e em Casa do HDSB é necessário. OBSERVAÇÃO: Estudante deve permanecer em casa para descansar durante a Fase 1 e 2, de acordo com este plano.
  - nenhuma concussão foi diagnosticada. Contudo, o exame médico resultou nas seguintes recomendações: \_\_\_\_\_
  - nenhuma concussão foi diagnosticada. Estudante pode retornar a ter participação integral em atividades de aprendizado e físicas sem restrição.

Resultados do monitoramento (onde nenhum sinal ou sintoma foi notado):

- \_\_\_\_\_ (nome do estudante) desenvolveu sinais e/ou sintomas durante o período de monitoramento. Estudante necessita de um exame médico urgente, feito por um médico ou uma enfermeira, por suspeita de concussão. Resultado do exame médico devem ser observados acima.
- \_\_\_\_\_ (nome do estudante) foi monitorado em casa por um período mínimo de 24 horas. Nenhum sinal ou sintoma foi observado. Estudante pode voltar a sua participação integral no aprendizado e atividades físicas sem restrição.

Assinatura do Genitor/Guardião \_\_\_\_\_