

ملحق ب - خطة إدارة الارتجاج في البيت والمدرسة - الجزء ب

الاسم: _____
فريق الرعاية المدرسية: _____
ارتجاج سابق: نعم/لا
إذا نعم، التاريخ (التواريخ) (شهر/سنة) _____

تصريح الأهل/ولي الأمر: قد تتم مشاركة هذه الخطة مع (ضع علامة على كل ما ينطبق):
 موظفي المدرسة مشرف غرفة الطعام الموظفين غير الدائمين ذو الصلة قبل و/أو بعد الرعاية
 الفصل/الزملاء مقدم خدمات النقل المتطوعين ذوي الصلة غير ذلك:

المرحلة: الراحة الأولية (يتم إكمالها في البيت)

في أول 24-48 ساعة، يحصل الطالب على راحة بدنية وإدراكية كاملة قبل البدء في العودة إلى النشاط.

- 24 ساعة من الراحة البدنية والإدراكية الكاملة والأعراض قد تحسنت
أو
 48 ساعة من الراحة البدنية والإدراكية الكاملة

المرحلة - الراحة الأولية أكملت بتاريخ (يوم/شهر/سنة) _____
توقيع الأهل/ولي الأمر: _____

المرحلة 1: النشاط الإدراكي والبدني الخفيف (يتم إكمالها في البيت)

يجوز للطالب أن يبدأ في نشاط إدراكي وبدني خفيف، مع فترات راحة متكررة، لا يؤدي إلى استثارة الأعراض.

إكمال المرحلة 1 (يلزم وضع علامة على كل الخانات)

- 24 ساعة بحد أدنى في المرحلة 1
 يتحمل 30 دقيقة من النشاط الإدراكي الخفيف
 يتحمل نشاط بدني خفيف
 لا عودة ظاهرة أو مبلغ عنها للأعراض أو أعراض جديدة أو أعراض أسوأ.

تم إكمال المرحلة 1 بتاريخ (يوم/شهر/سنة) _____ توقيع الأهل/ولي الأمر: _____

المرحلة 2: العودة التدريجية للنشاط (يتم إكمالها في البيت)

بدأ الطالب العودة إلى عملية النشاط في البيت عن طريق القيام بمهام معتادة قصيرة تدريجيًا، وذلك لحين عدم التعرض لأية أعراض جديدة أو أسوأ للارتجاج.

إكمال المرحلة 2 (يلزم وضع علامة على كل الخانات)

- 48 ساعة بحد أدنى في المرحلة 2 (24 ساعة في 2 وأ و2ب على التوالي)
 يتحمل نشاط إدراكي إضافي
 يتحمل نشاط بدني يومي
 يتحمل 20-30 دقيقة من نشاط الأيروبيك الخفيف
 لا عودة ظاهرة أو مبلغ عنها للأعراض أو أعراض جديدة أو أعراض أسوأ. ملحوظة: إذا حدث ذلك، عد إلى المرحلة 1 وقم بإجراء كشف طبي من جديد.

تم إكمال المرحلة 2 بتاريخ (يوم/شهر/سنة) _____ توقيع الأهل/ولي الأمر: _____

المرحلة 3: الاستعداد للعودة إلى النشاط الإدراكي والبدني (يتم إكمالها في البيت والمدرسة)

الطالب بدأ في العودة التدريجية للنشاط الإدراكي والبدني في البيت والمدرسة عن طريق حضور المدرسة لجزء من الوقت وزيادة الأنشطة الاعتيادية على نحو تدريجي، وذلك مع الدعم المناسب.

تاريخ اجتماع فريق الرعاية المدرسي: _____

الجدول الزمني	القيود/التعديل/الإعدادات المُساعدة

إكمال المرحلة 3 (يلزم وضع علامة على كل الخانات)

- 24 ساعة بحد أدنى في المرحلة 3
- الأعراض تحسنت
- يتحمل 4-5 ساعة من النشاط الإدراكي في اليوم بين البيت والمدرسة
- يتحمل تمارين فردية بسيطة/تمارين رياضية محددة
- لا عودة ظاهرة أو مبلغ عنها للأعراض أو أعراض جديدة أو أعراض أسوأ. ملحوظة: إذا حدث ذلك، عد إلى المرحلة 2 وقم بإجراء كشف طبي من جديد.

تم إكمال المرحلة 3 بتاريخ (يوم/شهر/سنة) _____ توقيع الأهل/ولي الأمر: _____
توقيع فريق الرعاية المدرسية: _____

المرحلة 4: العودة الكاملة إلى أنشطة التعلم وزيادة النشاط البدني (يتم إكمالها في البيت والمدرسة)

الطالب يعود إلى الأنشطة الإدراكية الكاملة عن طريق حضور المدرسة لكامل الوقت وزيادة الأنشطة البدنية. هناك قدر طفيف من الدعم مطلوب في هذه المرحلة.

تاريخ اجتماع فريق الرعاية المدرسي: _____

الجدول الزمني	القيود/التعديل/الإعدادات المُساعدة

إكمال المرحلة 4 (يلزم وضع علامة على كل الخانات)

- 24 ساعة بحد أدنى في المرحلة 4
- الأعراض تحسنت
- يتحمل يوم كامل في المدرسة وجمل عمل شبه طبيعي بدون أي إعدادات مُساعدة أو تعديلات
- يتحمل زيادة في النشاط البدني، مثلما هو موضح بالتفصيل في الجدول (ص 2)
- لا عودة ظاهرة أو مبلغ عنها للأعراض أو أعراض جديدة أو أعراض أسوأ. ملحوظة: إذا حدث ذلك، عد إلى المرحلة 3 وقم بإجراء كشف طبي من جديد
- التوقيع على التصريح الطبي للارتجاج من قبل طبيب أو ممارسة تمارين

تم إكمال المرحلة 4 بتاريخ (يوم/شهر/سنة) _____ توقيع الأهل/ولي الأمر: _____
توقيع فريق الرعاية المدرسية: _____

المرحلة 5: العودة إلى النشاط البدني الكامل الذي لا ينطوي على احتكاك (يتم إكمالها في البيت والمدرسة)

الطالب يعود إلى الأنشطة البدنية الكاملة التي لا تنطوي على احتكاك، مع تصريح طبي بخصوص الارتجاج. لا يسمح بالأنشطة التي تنطوي على احتكاك إلا في التدريبات/التمرينات الخاصة بالرياضات التي تنطوي على احتكاك.

لا تنطبق. الطالب لا يشارك في أية أنشطة بدنية (مثل التربية البدنية والأنشطة البدنية والرياضات الداخلية وألعاب القوى). ملحوظة: طلاب المرحلة الثانوية فقط

أو

تاريخ اجتماع فريق الرعاية المدرسي: _____

الجدول الزمني	الفيديو

إكمال المرحلة 5 (يلزم وضع علامة على كل الخانات)

24 ساعة بحد أدنى في المرحلة 5

يتحمل النشاط البدني الكامل الذي لا ينطوي على احتكاك

يتحمل الاحتكاك في التدريبات/التمرينات بالرياضات التي تنطوي على احتكاك (في حالة انطباقها)

لا عودة ظاهرة أو مبلغ عنها للأعراض أو أعراض جديدة أو أعراض أسوأ. ملحوظة: إذا حدث ذلك، قم بإجراء كشف طبي من جديد وتقييم جديد للتصريح الطبي للارتجاج

تم إكمال المرحلة 5 بتاريخ (يوم/شهر/سنة) _____ توقيع الأهل/ولي الأمر: _____

توقيع فريق الرعاية المدرسية: _____

المرحلة 6: العودة إلى النشاط البدني غير المقيد (يتم إكمالها في البيت والمدرسة)

الطالب يعود إلى النشاط الرياضي الكامل بدون أية قيود.

لا ينطبق. الطالب لا يشارك في الرياضات التنافسية التي تنطوي على احتكاك.

أو

تاريخ اجتماع فريق الرعاية المدرسي: _____

إكمال المرحلة 6 (يلزم وضع علامة على كل الخانات)

24 ساعة بحد أدنى في المرحلة 5

يتحمل النشاط البدني غير المقيد

لا عودة ظاهرة أو مبلغ عنها للأعراض أو أعراض جديدة أو أعراض أسوأ. ملحوظة: إذا حدث ذلك، قم بإجراء كشف طبي من جديد وتقييم جديد للتصريح الطبي للارتجاج

تم إكمال المرحلة 6 بتاريخ (يوم/شهر/سنة) _____ توقيع الأهل/ولي الأمر: _____

توقيع فريق الرعاية المدرسية: _____