

B پیوست - برنامه مدیریت تکانه مغزی در خانه و مدرسه - قسمت B

دانش آموز: -----
 تیم مراقبت مدرسه: -----

سابقه تکانه (ها) ی مغزی قبلی: بله / خیر
 اگر بله، تاریخ (ها) (سال / ماه):

اجازه والد/سرپرست: این برنامه با افراد زیر می تواند به اشتراک گذاشته شود (تمام موارد لازم را علامت بگذارید):

- کارکنان مدرسه مسئول سالن غذاخوری کارمندان موقت مربوطه مراقب قبل و بعد از مدرسه
- هم کلاس ها / هم تیمی ها مسئول حمل و نقل داوطلبان مربوطه سایر

مرحله: استراحت اولیه (در خانه کامل شود)

در طی ۲۴-۴۸ ساعت قبل از آماده شدن برای برگشت به مدرسه دانش آموز استراحت کامل فیزیکی و ذهنی داشته است.

۲۴ ساعت استراحت کامل فیزیکی و ذهنی و علایم بهبود یافته

یا

۴۸ ساعت استراحت کامل فیزیکی و ذهنی

مرحله استراحت اولیه در تاریخ کامل شد: (سال/ماه/روز) -----

امضا والد/سرپرست: -----

مرحله ۱: فعالیت فیزیکی و ذهنی سبک (در خانه کامل شود)

دانش آموز، همراه با استراحت های متناوب که علائم را دامن نزنند، می تواند فعالیت فیزیکی و ذهنی سبک را آغاز کند.

تکمیل مرحله ۱ (همه مربع ها بایستی علامت زده شود):

حداقل ۲۴ ساعت در مرحله ۱

۳۰ دقیقه فعالیت سبک ذهنی را تحمل می کند

فعالیت سبک فیزیکی را تحمل می کند

هیچ نشانه ای از تظاهر یا گزارش برگشت علائم ها، علائم جدید یا بدتر شدن علائم وجود ندارد.

مرحله ۱ کامل شد در تاریخ: (سال/ماه/روز) ----- امضا والد/سرپرست: -----

مرحله ۲: بازگشت تدریجی به فعالیت ها (در خانه کامل شود)

دانش آموز بازگشت به فرایند فعالیت را در خانه با انجام مختصر وظایف آشنا کرده است، تا زمانی که هیچ نشانه جدید یا بدتر شده نشانه های تکانه مغزی را تجربه نکند.

تکمیل مرحله ۲ (همه مربع ها بایستی علامت زده شود):

حداقل ۴۸ ساعت در مرحله ۲ (به ترتیب ۲۴ ساعت در ۲a و ۲b)

تحمل فعالیت ذهنی اضافی

تحمل فعالیت فیزیکی اضافه

تحمل ۲۰-۳۰ دقیقه فعالیت سبک هوازی

هیچ نشانه ای از تظاهر یا گزارش برگشت علائم ها، علائم جدید یا بدتر شدن علائم وجود ندارد. توجه: اگر این

اتفاق بیافتد برگشت به مرحله ۱ و درخواست معاینات مجدد پزشکی.

مرحله ۲ کامل شد در تاریخ: (سال/ماه/روز) ----- امضا والد/سرپرست: -----

مرحله ۳ : آمادگی برای بازگشت به فعالیت ذهنی و فیزیکی (در مدرسه و خانه کامل شود)

دانش آموز با حضور نیمه وقت در مدرسه و افزایش تدریجی فعالیت های معمول با حمایت مناسب، شروع به بازگشت تدریجی به فرایند فعالیت فیزیکی و ذهنی کرده است.

تاریخ جلسه تیم مراقبتی مدرسه: -----

جدول زمانی	محدودیت/تعدیل/تطابق

تکمیل مرحله ۳ (همه مربع ها بایستی علامت زده شود):

- حداقل ۲۴ ساعت در مرحله ۳
- نشانه ها بهبود یافته اند
- تحمل مجموعا ۴-۵ ساعت در روز فعالیت ذهنی در مدرسه و خانه
- تحمل فعالیت های فردی ساده/ فعالیت های ورزشی اختصاصی
- هیچ نشانه ای از تظاهر یا گزارش برگشت علائم ها، علائم جدید یا بدتر شدن علائم وجود ندارد. توجه: اگر این اتفاق بیافتد برگشت به مرحله ۲ و درخواست معاینات مجدد پزشکی.

مرحله ۳ کامل شد در تاریخ: (سال/ماه/روز) ----- امضا والد/سرپرست: -----

امضا تیم مراقبتی مدرسه: -----

مرحله ۴ : بازگشت کامل به یادگیری و افزایش فعالیت فیزیکی (در مدرسه و خانه کامل شود)

دانش آموز با حضور تمام وقت در مدرسه و افزایش فعالیت های فیزیکی به فعالیت کامل ذهنی باز می گردد. در این مرحله حداقل حمایت را لازم دارد.

تاریخ جلسه تیم مراقبتی مدرسه: -----

جدول زمانی	محدودیت/تعدیل/تطابق

تکمیل مرحله ۴ (همه مربع ها بایستی علامت زده شود):

- حداقل ۲۴ ساعت در مرحله ۴
- نشانه ها بهبود یافته اند
- تحمل روز کامل مدرسه و انجام تقریبا تمامی فعالیت ها بدون تعدیل و تطابق
- تحمل افزایش فعالیت های فردی با جزئیات اشاره شده در جدول (صفحه ۲)
- هیچ نشانه ای از تظاهر یا گزارش برگشت علائم ها، علائم جدید یا بدتر شدن علائم وجود ندارد. توجه: اگر این اتفاق بیافتد برگشت به مرحله ۳ و درخواست معاینات مجدد پزشکی.
- گواهی پزشکی بهبود تکانه مغزی توسط پزشک یا پرستار دوره دیده امضا شده است

مرحله ۴ کامل شد در تاریخ: (سال/ماه/روز) ----- امضا والد/سرپرست: -----

----- امضا تیم مراقبتی مدرسه: -----

مرحله ۵ : بازگشت کامل به فعالیت فیزیکی غیرتماسی (در مدرسه و خانه کامل شود)

دانش آموز با گواهی پزشکی بهبود تکانه مغزی تائید شده به همه فعالیت های فیزیکی غیرتماسی باز می گردد. فعالیت های تماسی فقط در مواقع تمرینات /آموزش های ورزشهای تماسی مجاز است.

- مصداق ندارد. دانش آموز در هیچ فعالیت فیزیکی شرکت نمی کند (برای مثال: آموزش جسمی، فعالیت های فیزیکی، فوق برنامه ها ، ورزش ها). توجه: فقط دانش آموزان دبیرستان

یا

تاریخ جلسه تیم مراقبتی مدرسه: -----

محدودیت	جدول زمانی

تکمیل مرحله ۵ (همه مربع ها بایستی علامت زده شود):

- حداقل ۲۴ ساعت در مرحله ۵
- تحمل کامل فعالیت فیزیکی غیرتماسی
- تحمل تماس در تمرینات /آموزش های ورزش های تماسی (اگر مصداق دارد)
- هیچ نشانه ای از تظاهر یا گزارش برگشت علائم ها، علائم جدید یا بدتر شدن علائم وجود ندارد. توجه: اگر این اتفاق بیافتد درخواست معاینات مجدد پزشکی و ارزیابی مجدد برای گرفتن اجازه ترخیص پزشکی تکانه مغزی

مرحله ۵ کامل شد در تاریخ: (سال/ماه/روز) ----- امضا والد/سرپرست: -----

----- امضا تیم مراقبتی مدرسه: -----

مرحله ۶ : برگشت به فعالیت بدون محدودیت فیزیکی (در مدرسه و خانه کامل شود)

دانش آموز بدون هیچ محدودیتی به همه فعالیت های کامل فیزیکی بر می گردد.

- مصداق ندارد. دانش آموز در ورزشهای رقابتی تماسی شرکت نمی کند.

یا

تاریخ جلسه تیم مراقبتی مدرسه: -----

تکمیل مرحله ۶ (همه مربع ها بایستی علامت زده شود):

- حداقل ۲۴ ساعت در مرحله ۵
- تحمل کامل فعالیت فیزیکی بدون محدودیت
- هیچ نشانه ای از تظاهر یا گزارش برگشت علائم ها، علائم جدید یا بدتر شدن علائم وجود ندارد. توجه: اگر این اتفاق بیافتد درخواست معاینات مجدد پزشکی و ارزیابی مجدد برای گرفتن اجازه ترخیص پزشکی تکانه مغزی

مرحله ۶ کامل شد در تاریخ: (سال/ماه/روز) ----- امضا والد/سرپرست: -----

----- امضا تیم مراقبتی مدرسه: -----