

APÊNDICE B - PLANO DE GERENCIAMENTO DE CONCUSSÃO PARA CASA E ESCOLA - PARTE B

Estudante: _____

Concussão(ões) Anterior(es): S / N

Equipe de Cuidados da Escola: _____

Se SIM, data(s) (mm/aa): _____

Autorização do Genitor/Guardião: Este plano pode ser compartilhado com (marque todas as opções que se aplicam):

- funcionário da escola supervisor do almoço funcionários ocasionais importantes cuidadores de antes ou depois do horário escolar colegas de sala/colegas de equipe voluntários importantes outro:

FASE: Descanso Inicial (a ser completado em casa)

Nas primeiras 24-48 horas, o estudante teve um descanso físico e cognitivo antes de iniciar e voltar a atividade.

- 24 horas de descanso total físico e cognitivo e houve melhora dos sintomas

Ou

- 48 horas de descanso total físico e cognitivo

Fase - Inicial de Descanso finalizada em (dd/mm/aa) _____

Assinatura do Genitor/Guardião: _____

FASE 1: Atividade Física e Cognitiva Leve (a ser completada em casa)

O estudante pode começar atividades físicas e cognitivas leves, com intervalos frequentes, que não provoquem sintomas.

Finalização da Fase 1 (todos os itens devem ser marcados):

- Mínimo de 24 horas na Fase 1
 Capaz de tolerar 30 minutos de atividade cognitiva leve
 Capaz de tolerar atividades físicas leves
 Não apresentou ou relatou retorno de sintomas, novos sintomas ou piora dos sintomas

Fase 1 finalizada em (dd/mm/aa) _____ Assinatura do Genitor/Guardião: _____

FASE 2: Retorno Gradual a Atividade (a ser completado em casa)

O estudante começou um processo de retorno a atividades em casa por realizar pequenas atividades corriqueiras, até que nenhum novo sintoma de concussão ou nenhuma piora dos sintomas ocorra.

Finalização da Fase 2 (todos os itens devem ser marcados):

- Mínimo de 48 horas na Fase 2 (24 horas na 2a e 2b, respectivamente)
 Capaz de tolerar atividades cognitivas adicionais
 Capaz de tolerar atividades físicas diárias
 Capaz de tolerar 20-30 minutos de atividade aeróbica leve
 Não demonstrou ou relatou retorno de sintomas, novos sintomas ou piora dos sintomas
OBSERVAÇÃO: se isto ocorrer, voltar para a Fase 1 e solicitar um novo exame médico.

Fase 2 finalizada em (dd/mm/aa) _____ Assinatura do Genitor/Guardião: _____

FASE 3: Preparação para Retornar a Atividades Físicas e Cognitivas (para ser completada em casa e na escola)

O estudante iniciou um processo gradual de retorno a atividades físicas e cognitivas em casa e na escola por frequentar a escola em tempo parcial e gradualmente aumentar as atividades habituais, com o apoio necessário.

Data da reunião da Equipe de Cuidados da Escola: _____

Restrição/Modificação/Acomodação	Cronograma

Finalização da Fase 3 (todos os itens devem ser marcados):

- Mínimo de 24 horas na Fase 3
- Houve melhora dos sintomas
- Capaz de tolerar 4-5 horas de atividade cognitiva moderada por dia entre casa e escola
- Capaz de tolerar exercícios simples individuais/exercícios específicos esportivos
- Não apresentou ou relatou retorno de sintomas, novos sintomas ou piora de sintomas
OBSERVAÇÃO: se isto ocorrer, voltar para a Fase 2 e solicitar um novo exame médico.

Fase 3 finalizada em (dd/mm/aa) _____ Assinatura do Genitor/Guardião: _____

Assinatura da Equipe de Cuidados da Escola: _____

FASE 4: Concluir o Retorno ao Aprendizado e Aumento de Atividade Física (a ser completado em casa e na escola)

O estudante está retornando às atividades cognitivas plenamente por frequentar a escola em tempo integral e participar em atividades físicas. Apoio mínimo é necessário nesta fase.

Data da Reunião da Equipe de Cuidados da Escola: _____

Restrição/Modificação/Acomodação	Cronograma

Finalização da Fase 4 (todos os itens devem ser marcados):

- Mínimo de 24 horas na Fase 4
- Houve melhora dos sintomas
- Consegue ficar um dia todo na escola com uma carga de trabalho próxima à normal, sem acomodações ou modificações
- Consegue aumentar a atividade física, como detalhada no gráfico (página 2)
- Não apresentou ou relatou volta dos sintomas, novos sintomas ou piora dos sintomas
OBSERVAÇÃO: se isto ocorrer, voltar para a Fase 3 e solicitar um novo exame médico.
- Autorização Médica de Concussão assinada por um médico ou enfermeira

Fase 4 finalizada em (dd/mm/aa) _____ Assinatura do Genitor/Guardião: _____
Assinatura da Equipe de Cuidados da Escola: _____

FASE 5: Retorno a Atividade Física Completa sem Contato (para ser completado em casa e na escola)

O estudante está retornando integralmente a atividades físicas sem contato, com uma Autorização Médica de Concussão. Atividades de contato são somente permitidas em treino ou prática de esportes de contato.

- Não aplicável. Estudante não participa de nenhuma atividade física (por exemplo: Educação Física, atividade física, intramurais, atletismo). OBSERVAÇÃO: somente estudantes secundários

OU

Data da reunião da Equipe de Cuidados Escolares: _____

Restrição	Cronograma

Finalização da Fase 5 (todos os itens devem ser marcados):

- Mínimo de 24 horas na Fase 5
- Capaz de praticar plenamente atividades físicas sem contato
- Capaz de ter contato em treinamento/práticas de esportes de contato (quando aplicáveis)
- Não apresentou ou relatou volta de sintomas ou sintomas novos OBSERVAÇÃO: se isto ocorrer, solicitar novo exame médico e re-avaliação da Autorização Médica de Concussão

Fase 5 finalizada em (dd/mm/aa) _____ Assinatura do Genitor/Guardião: _____
Assinatura da Equipe de Cuidados da Escola: _____

FASE 6: Retorno a Atividade Física sem Restrições (a ser completado em casa e na escola)

O estudante está retornando a atividade física integralmente, sem restrições.

- Não aplicável. Estudante não participa em esportes competitivos de contato.

OR

Data da reunião da Equipe de Cuidados da Escola: _____

Finalização da Fase 6 (todos os itens devem ser marcados):

- Mínimo de 24 horas na Fase 5
- Consegue praticar atividades físicas de forma irrestrita
- Não apresentou ou relatou retorno de sintomas ou novos sintomas OBSERVAÇÃO: se isto ocorrer, solicitar uma nova avaliação médica ou uma re-avaliação da Autorização Médica de Concussão

Fase 6 finalizada em (dd/mm/aa) _____ Assinatura do Genitor/Guardião: _____
Assinatura da Equipe de Cuidados da Escola: _____