

The Commonwealth of Massachusetts

المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية

إدارة الصحة العقلية

250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

|  |
| --- |
| **تشارلز دي باكر****حاكم الولاية****كارين أي بوليتو****وكيلة الحاكم****ماريلو سوديرس****السكرتيرة****مونيكا باهريل، طبيبة، حاصلة على ماجستير في الصحة العامةالمفوضة** |

الإبلاغ عن إصابات الرأس خلال
 الموسم الرياضي

هذه الاستمارة هي للإبلاغ عن إصابات الرأس (بخلاف الجروح البسيطة أو الكدمات) التي تحدث خلال موسم رياضي. يجب إعادتها إلى المدير الرياضي أو الموظف المعين من قبل المدرسة ومراجعتها من قبل ممرضة المدرسة.

 للمدربين: يرجى تعبئة هذه الاستمارة فور انتهاء المباراة أو التدريب الذي وقعت فيه إصابة الرأس التي أدت إلى إبعاد التلميذ(ة) من اللعب بسبب احتمال حدوث ارتجاج.

للآباء/ أولياء الأمور: يرجى تعبئة هذه الاستمارة إذا كان طفلكم يعاني من إصابة في الرأس وقعت خارج الأنشطة الرياضية الإضافية للمنهج الدراسي المتعلقة بالمدرسة.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  اسم التلميذ(ة) |  الجنس |  تاريخ الميلاد |  الصف |
|  المدرسة |  الرياضة (الرياضات) |
|  عنوان المنزل |  الهاتف |

تاريخ الإصابة: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل وقع الحادث أثناء نشاط إضافي للمنهج الدراسي؟ \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا

إذا كان الأمر كذلك، أين وقعت الإصابة؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

يرجى وصف طبيعة ومدى الإصابات التي تعرض لها التلميذ(ة):

 للآباء/ أولياء الأمور:

هل تلقى التلميذ(ة) رعاية طبية؟ نعم\_\_\_\_\_\_\_\_ لا\_\_\_\_\_\_\_

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل تم تشخيص الإصابة على أنها ارتجاج؟ نعم \_\_\_\_ لا \_\_\_\_

***أقر بموجبه أنه إلى أقصى حدود معرفتي، إجاباتي على الأسئلة المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة.***

 يُرجى رسم دائرة حول خيار واحد: المدرب أو مدير فرقة الموسيقات العسكرية الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر

اسم الشخص الذي قام بتعبئة هذه الاستمارة (نرجو الكتابة بخط واضح): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التوقيع \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The Commonwealth of Massachusetts

Executive Office of Health and Human Services

Department of Public Health

250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

|  |
| --- |
| CHARLES D. BAKERGovernorKARYN E. POLITOLieutenant GovernorMARYLOU SUDDERSSecretaryMONICA BHAREL, MD, MPH Commissioner |

This form is to report head injuries (other than minor cuts or bruises) that occur during a sports season. It should be returned to the athletic director or staff member designated by the school and reviewed by the school nurse.

**Report of Head Injury During Sports Season**

**For Coaches**: Please complete this form immediately after the game or practice for head injuries that result in the student being removed from play due to a *possible* concussion.

**For Parents/Guardians**: Please complete this form if your child has a head injury outside of school related extracurricular athletic activities.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Student’s Name  | Sex  | Date of Birth  | Grade  |
| School  | Sport(s)  |
| Home Address  | Telephone |

Date of injury:­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Did the incident take place during an extracurricular activity? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

If so, where did the incident take place? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Please describe nature and extent of injuries to student:

***For Parents/Guardians:***

Did the student receive medical attention? yes\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

If yes, was a concussion diagnosed? yes\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_\_

***I HEREBY STATE THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, MY ANSWERS TO THE ABOVE QUESTIONS ARE COMPLETE AND CORRECT.***

Please circle one: Coach or Marching Band Director Parent/Guardian

Name of Person Completing Form (please print): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_