

# 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 بولينو  
وكيلة الحاكم

ماريلو سوديرس  
السكرتيرة

## الإبلاغ عن إصابات الرأس خلال الموسم الرياضي

مونيكا باهريل، طبيبة، حاصلة على  
ماجستير في الصحة العامة  
المفوضة

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):

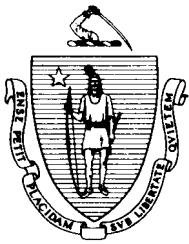
**للآباء/ أولياء الأمور:**

هل تلقى التلميذ(ة) رعاية طبية؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
إذا كانت الإجابة بنعم، فهل تم تشخيص الإصابة على أنها ارتجاج؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

**أقر بموجبيه أنه إلى أقصى حدود معرفتي، إجاباتي على الأسئلة المنكورة أعلاه كاملة وصحيحة.**  
يرجى رسم دائرة حول خيار واحد: المدرب أو مدير فرقة الموسيقى 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. BAKER  
 Governor

KARYN E. POLITO  
 Lieutenant Governor

MARYLOU SUDDERS  
 Secretary

MONICA BHAREL, MD, MPH  
 Commissioner

**REPORT OF HEAD INJURY DURING  
 SPORTS SEASON**

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.

**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 \_\_\_\_\_