



The Commonwealth of Massachusetts
Secretaria Executiva de Saúde e Serviços Sociais
Departamento de Saúde Pública

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO E
LIBERAÇÃO MÉDICA PÓS-LESÃO NA
CABEÇA EM PRÁTICA ESPORTIVA**

O aluno deverá estar totalmente sem sintomas quando estiver em repouso e durante a prática de esforço físico, além de apresentar ótima atividade cognitiva para poder voltar a participar plenamente das atividades esportivas extracurriculares. Não preencha este formulário até que um plano escalonado de retorno às atividades esportivas seja concluído e o aluno seja considerado sem sintomas quando estiver em repouso e durante a prática de esforço físico, além de apresentar ótima atividade cognitiva.

Nome do Aluno:	Sexo	Data de Nascimento	Série
----------------	------	--------------------	-------

Data da lesão: _____ Natureza e extensão da lesão: _____

Sintomas após a lesão (assinale todas as opções possíveis):

- Náusea ou vômito Dores de cabeça Sensibilidade à luz/ruídos
- Tontura/problemas de equilíbrio Visão turva/dupla Fadiga
- Sensação de letargia/"névoa na mente" Alteração nos padrões de sono Problemas de memória
- Dificuldade de concentração Irritabilidade/instabilidade emocional Tristeza ou reclusão
- Outra opção

Duração do(s) Sintoma(s): _____ Diagnóstico: Concussão Outra opção: _____

Se for diagnosticada concussão (traumatismo), data da conclusão do plano escalonado de retorno do aluno às atividades esportivas, sem sintomas recorrentes: _____

Concussões anteriores (número, datas aproximadas): _____

PELO PRESENTE AUTORIZO O ALUNO ACIMA MENCIONADO A RETORNAR ÀS ATIVIDADES ESPORTIVAS EXTRACURRICULARES

Assinatura do Médico: _____ Data: _____

Nome em letra de fôrma: _____

Médico Treinador Esportivo Autorizado Enfermeiro(a) Neuropsicólogo Médico Assistente

Número da Autorização: _____

Endereço: _____ Número de telefone: _____

Nome do médico responsável pela consulta/coordenação/supervisão (se não for a pessoa que estiver preenchendo este formulário; em letra de fôrma): _____

ATESTO QUE RECEBI TREINAMENTO CLÍNICO EM AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO PÓS-TRAUMÁTICA NA CABEÇA APROVADO PELO DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA* OU QUE RECEBI TREINAMENTO EQUIVALENTE COMO PARTE DA MINHA AUTORIZAÇÃO OU FORMAÇÃO CONTÍNUA.

Rubrica do Médico: _____

Tipo de Treinamento: Treinamento clínico on-line pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) Outro Treinamento Clínico aprovado pelo MDPH Outra opção (Descreva)_____

As opções de Treinamento Clínico aprovadas pelo Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (MDPH) podem ser encontradas em:
[www.mass.gov/dph/sports concussion](http://www.mass.gov/dph/sports%20concussion)

Este formulário não estará completo sem a comprovação do treinamento em questão por parte do médico.