

Escolas públicas STONEHAM
Escola RECOMENDAÇÕES Após Concussão

Nome do paciente: _____ Data de Nascimento: _____ R
Data de avaliação: _____ eferido por: _____

Duração do Recomendações: 1 semana 2 semanas 4 semanas Até novo aviso

O paciente será reavaliada a revisão das recomendações em ____ semanas.

Este paciente foi diagnosticado com uma concussão cerebral (uma lesão) e está atualmente sob nossos cuidados. Por favor, desculpa o paciente da escola hoje devido à consulta médica. Flexibilidade e suportes adicionais são necessários durante a recuperação. Os seguintes são sugestões para ajustes acadêmico para ser individualizada para o aluno como considerado adequado no ambiente escolar. Sinta-se livre para aplicar/remover os ajustes necessários como sintomas do aluno melhorar/piorar.

O comparecimento

____ Nenhuma escola para escola dia(s)
____ Assiduidade escolar dias por semana
____ Dias de escola completa conforme tolerado pelo
aluno
____ Dias parcial conforme tolerado pelo aluno

Quebra

____ Permitir que o aluno vá para a enfermeira.
____ Se os sintomas de escritório aumentar
____ Permitir que aluno para ir para casa se os
sintomas do
____ Não ceder
____ Permitir que outros quebra durante o
dia escolar se for considerado necessário
e apropriado, o pessoal da escola

Estímulo Visual

____ Permitir ao aluno usar óculos/hat na escola
____ Notas pré-impressa para a classe material ou note
taker
____ Limitado, computador, TV, ecrã brilhante use
____ Reduzir o brilho em monitores/telas
____ Alterar área de sala de aula conforme necessário

Estímulo sonoro

____ Almoço em um lugar tranquilo com um
____ Evitar aulas de música ou loja
____ Permitir a usar tampões de ouvido
conforme necessário permitir
____ transições classe antes de bell

Carga de trabalho/multi-tasking

____ Reduzir a quantidade de trabalho de make-up, classe

Testando

____ Tempo adicional para testes completos

____ Trabalho e trabalhos de casa
____ Carga de trabalho de pro rata
quando possível

____ Não mais do que um teste por dia
____ Sem testes padronizados até _____

____ Reduza a quantidade de lição de casa dada a cada noite Permitir a escriba, resposta
oral, oral e

____ Entrega de perguntas, se disponível

O esforço físico/Atletismo

____ Nenhum esforço
____ Andando só na aula de ginástica
____ Começar a voltar a jogar protocolo

Recomendações Adicionais

Lista de sintomas atuais (o aluno está observando estes hoje)

____ Dor de cabeça	____ Problemas	____ Sensibilidade ao ruído	____ Problemas de
____ Náusea	____ Problemas de	____ Sentindo foggy	____ Fadiga
____ Tontura	____ Sensibilidade à luz	____ Dificuldade de	____ Irritabilidade

Estudante é relatar mais dificuldade em/em

____ Todos os temas	____ Leitura/Language Arts	____ Negócio/dioma	____ Matemática
____ Ciência	____ A música	____ História	____ Usando
____ Com foco	____ Ouvindo	____ Outros:	____

MD Assinatura Data

Nome impresso

Número de exercício _____

Eu, _____, dar permissão para o
Dr. _____ para compartilhar as informações a
seguir com o meu filho e para que a comunicação ocorra
entre a escola e o Dr. _____
Para alterações a este plano

Assinatura do pai ou da

Data

