

TSSAA Concussion Signs and Symptoms Checklist

Student's Name: _____ Student's Age: _____ Date / Time of Injury _____

Where and How Injury Occurred: (Be sure to include cause and force of the hit or blow to the head):

Description of Injury: (Be sure to include information about any loss of consciousness and for how long, memory loss, or seizures following the injury, or previous concussions, if any. See the danger signs in the lower part of this form.)

OBSERVED SIGNS

- _____ Appears dazed or stunned
- _____ Is confused about events
- _____ Repeats questions
- _____ Answers questions slowly
- _____ Can't recall events *prior* to the hit, bump or fall
- _____ Can't recall events *after* the hit, bump or fall
- _____ Loses consciousness (even briefly)
- _____ Shows behavior or personality changes
- _____ Forgets class schedule or assignments

PHYSICAL SYMPTOMS

- _____ Headache or "pressure" in head
- _____ Nausea or vomiting
- _____ Balance problems or dizziness
- _____ Fatigue or feeling tired
- _____ Blurry or double vision
- _____ Sensitivity to light
- _____ Sensitivity to noise
- _____ Numbness or tingling
- _____ Does not "feel right"

COGNITIVE SYMPTOMS

- _____ Difficulty, concentrating or thinking clearly
- _____ Difficulty remembering
- _____ Feeling more slowed down
- _____ Feeling sluggish, hazy foggy, or groggy

EMOTIONAL SYMPTOMS

- _____ Irritable
- _____ Sad
- _____ More emotional than usual
- _____ Nervous

Danger Signs: The student should be seen in an emergency department right away if he/she has:

- | | |
|--|---|
| _____ One pupil larger than the other | _____ Slurred speech |
| _____ Drowsiness or cannot be awakened | _____ Convulsions or seizures |
| _____ A headache that grows worse and does not go away | _____ Difficulty recognizing people or places |
| _____ Weakness, numbness, or decreased coordination | _____ Increasing confusion, restlessness or agitation |
| _____ Repeated vomiting or nausea | _____ Unusual behavior |
| | _____ Loss of consciousness |

Signature of person completing this form: _____

Title: _____

Comments: _____

This form was developed from CDC Concussion Signs and Symptoms Checklist and is intended to be shared with all health care professionals involved with the decision of returning the injured student to educational and extracurricular activities.





TSSAA CONCUSSION RETURN TO PLAY FORM



This form is adapted from the Acute Concussion Evaluation (ACE) care plan on the CDC web site (www.cdc.gov/injury). All medical providers are encouraged to review this site if they have questions regarding the latest information on the evaluation and care of the scholastic athlete following a concussion injury. **Please initial any recommendations that you select.**

Athlete's Name: _____ Date of Birth: _____

Date of Injury: _____

This return to play plan is based on today's evaluation.

Date of Evaluation: _____

Care plan completed by: _____

Return to this office Date/Time: _____

Return to school on (date): _____

- RETURN TO SPORTS:**
1. Athletes should not return to practice or play the same day that their head injury occurred.
 2. Athletes should never return to play or practice if they still have **ANY** symptoms.
 3. Athletes, be sure that your coach and/or athletic trainer are aware of your injury, symptoms, and has the contact information for the treating health care provider.

The following are the return to sports recommendations at the present time:

PHYSICAL EDUCATION: _____ Do Not Return to PE class at this time. _____ May Return to PE class.

SPORTS: _____ Do not return to sports practice or competition at this time.

_____ May gradually return to sports practices under the supervision of the health care provider for your school or team.

_____ May be advanced back to competition after phone conversation with treating health care provider.

_____ Must return to the treating health care provider for final clearance to return to competition.

-OR- _____ Cleared for full participation in all activities without restriction.

Treating Health Care Provider Information (Please Print/Stamp)

Please check:

_____ Medical Doctor (M.D.) _____ Osteopathic Physician (D.O.) _____ Clinical Neuropsychologist w/ Concussion Training

Provider's Name: _____

Provider's Office Phone: _____

Provider's Signature: _____

Office Address: _____

Gradual Return to Play Plan

Return to play should occur in gradual steps beginning with light aerobic exercise only to increase your heart rate (e.g. stationary cycle); moving to increasing your heart rate with movement (e.g. running); then adding controlled contact if appropriate; and finally return to sports competition.

Pay careful attention to your symptoms and your thinking and concentration skills at each stage or activity. After completion of each step without recurrence of symptoms, you can move to the next level of activity the next day. Move to the next level of activity only if you do not experience any symptoms at the present level. If your symptoms return, let your health care provider know, return to the first level and restart the program gradually.

Day 1: Low levels of physical activity (i.e. symptoms do not come back during or after the activity). This includes walking, light jogging, light stationary biking, and light weightlifting (low weight – moderate reps, no bench, no squats).

Day 2: Moderate levels of physical activity with body/head movement. This includes moderate jogging, brief running, moderate intensity on the stationary cycle, moderate intensity weightlifting (reduce time and or reduced weight from your typical routine).

Day 3: Heavy non-contact physical activity. This includes sprinting/running, high intensity stationary cycling, completing the regular lifting routine, non-contact sport specific drills (agility – with 3 planes of movement).

Day 4: Sports Specific practice.

Day 5: Full contact in a controlled drill or practice.

Day 6: Return to competition.

Formulario de TSSAA Para Regresar a Competir en Deportes

Este formulario es una adaptación del Plan de Cuidado para Conmociones Cerebrales (Brain Concussions) que aparece en el sitio web del CDC (www.cdc.gov/injury). Se recomienda que todos los profesionales de la salud visiten este sitio web si tienen preguntas sobre la información más reciente para la evaluación y cuidado del atleta escolar con una lesión de conmoción cerebral. **Favor de poner sus iniciales en cualquier recomendación que usted escoja.**

Nombre del atleta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha en que la lesión ocurrió: _____

Este plan para regresar a competir en deportes está basado en la evaluación de hoy.

Fecha de la evaluación: _____ Este Plan de asistencia fue llenado por: _____

Por favor, devuelva este formulario a esta oficina, Fecha/Hora: _____

Regrese a la escuela en esta fecha: _____

REGRESAR A LOS DEPORTES: 1. El atleta no debe volver a practicar, ni a jugar el mismo día que sufrió la contusión cerebral.

2. El atleta no debe volver a jugar o a practicar mientras tenga ALGUN síntoma.

3. Atleta, asegúrate de que tu entrenador atlético sepa que tienes una conmoción cerebral y los síntomas que tienes. Además, asegúrate que el entrenador tiene la información correcta para contactar tu profesional de la

salud.

Las siguientes son las recomendaciones para regresar a jugar los deportes en este momento:

EDUCACION FISICA: _____ No resumas la clase de educación física todavía.

_____ Sí, puedes resumir la clase de educación física.

DEPORTES: _____ No debes resumir la práctica o competencia de los deportes todavía.

_____ Puedes resumir la práctica de los deportes gradualmente y bajo la supervisión del profesional de la salud de la escuela o de tu equipo.

_____ Puedes resumir la competencia deportiva después de una conversación telefónica con tu profesional de la salud.

_____ Debes volver a tu profesional de la salud para recibir confirmación final de que puedes resumir la competencia de deportes.

_____ Puedes participar completamente en todas las actividades sin restricciones.

Información sobre el profesional de la salud (Favor de imprimir/usar sello)

Favor de marcar:

_____ Médico (MD) _____ Médico Osteópata (DO) _____ Neuropsicólogo clínico con entrenamiento en conmociones

Nombre del profesional de la salud: _____

Teléfono del profesional de la salud: _____

Firma del profesional de la salud: _____

Dirección del profesional de la salud: _____

Plan para el Regreso Gradual a las Competencias Deportivas

El proceso para que el atleta regrese a jugar debe ocurrir en pasos graduales empezando con ejercicio moderado sólo para aumentar la velocidad del corazón (e.g. bicicleta estacionaria); moviéndose para aumentar la velocidad del corazón con movimiento (e.g. corriendo); luego añadiendo contacto físico controlado si fuera apropiado; y finalmente regresando a las competencias deportivas.

Presta atención a tus síntomas y a tus pensamientos y a tu habilidad para concentrar en cada nivel o actividad. Después de completar cada nivel sin recurrir los síntomas, puedes pasar al próximo nivel de actividad el día siguiente. Puedes pasar al próximo nivel de actividad solo si no tienes ningún síntoma en el nivel actual. Si tus síntomas regresan, avisa a tu proveedor, regresa al primer nivel y empieza el programa de nuevo gradualmente.

Día 1: Bajos niveles de actividad física (i.e. síntomas no regresan durante o después de la actividad). Esto incluye caminando, corriendo a velocidad moderada, correr en la bicicleta estacionaria , y levantar pesas (de peso moderado y repeticiones moderadas, sin banco de pesas, sin agacharse)

Día 2: Niveles moderados de actividad física con movimiento del cuerpo y la cabeza. Esto incluye trotando moderadamente, corriendo brevemente, intensidad moderada en la bicicleta estacionaria, intensidad moderada en levantamiento de pesas (bajar el tiempo y/o bajar las pesas de tu rutina típica)

Día 3: Fuerte actividad física sin contacto físico. Esto incluye esprintando/corriendo, alta intensidad en la bicicleta estacionaria, completando la rutina regular de levantamiento de pesas, entrenamiento en deportes sin contacto físico (agilidad- con 3 planos de movimiento)

Día 4: Práctica específica para los deportes.

Día 5: Contacto físico completo durante entrenamiento o práctica controlada.

Día 6: Regresa a la competencia deportiva.