

华府公立学校体育部
华府地区校际体育协会

参与体育运动同意书 (CONSENT FOR ATHLETIC PARTICIPATION)

致: _____ 的校长
学校名称 (Name of School)

学生信息: _____
出生证明上的姓名 (Name as it appears on Birth Certificate) _____ 年级 (Grade)

出生日期 (Date of Birth) _____ 8 月 1 日时的年龄 (Age on Aug 1st) _____ 学年 (School Year)

住所: _____
街道地址 (Street Address)

首要的电话号码: _____ 父母/监护人邮箱: _____

学生参与的许可 (STUDENT PARTICIPATION PERMISSION)

参加竞争激烈的体育运动可能会导致严重的伤害, 包括瘫痪, 甚至死亡。设备的改善、医疗和体育锻炼、以及规则的改变已经降低了这些风险, 但是参与体育运动仍旧无法完全消除这种情况。

在此, 本人同意: 上述学生做为他/她学校的代表参加提供的所有运动项目 (季前赛、常规赛、季后赛), 包括在本地或外地的团队旅行。

除非 (特别标注) (EXCEPT): _____

声明: 在参加校际项目和/或旅行之前, 想要参加此类项目和/或旅行的所有学生 (18 岁及以上) 和未成年学生的家长/监护人, 都需要签署此表, 并且对于参加校际项目和/或旅行期间或由此造成的任何伤害、事故或疾病, 被视为已放弃向所有华府公立学校、及其员工和华府地区进行索赔的权利。我对以上信息将来有任何变化, 承担通知学校的责任。学生参加体育比赛可能在比赛中被拍摄。

我做为未成年人的父母或监护人, 特此同意华府公立学校或代表, 对指定未成年申请人参加的华府公立学校体育项目, 可以录像、拍照、和录音进行传媒、宣传或推广宣传。这可能包括网上发布、照片展示和其他宣传机会。

我已阅读本表并理解本文所包含的规定, 并且我所提供的信息, 就我所知, 是真实且正确的。

父母/法定监护人/学生 (年满 18 岁) 签名 (Signature of Parent/
Legal Guardian/Student)

日期 (Date)

与学生的关系 (Relationship to Student)

家庭/工作电话 (Home/Work Telephone)

手机或替代号码 (Cell phone or Alternative No.)

() 我/我的孩子有医疗保险
(I am/my child is covered by Medical Insurance)

() 我/我的孩子没有医疗保险
(I am not/my child is not covered by Medical Insurance)



运动员数据和紧急治疗信息

姓名 (姓、名、中间名首字母缩写) _____ 华府公立学校学生证号# _____

街道 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

性别 男 女 出生日期 _____ 年级 _____学校 _____ 学年 **2016-2017**

紧急情况联系人-请提供至少 2 名联系人(*家长/监护人应当首先列为主要联系人)

姓名	关系	家庭电话	工作电话	手机
	家长/监护人			

家长/监护人电子邮件: _____

保险和收费

保险公司 _____ 保单# _____ 保险公司电话 _____

保单持有人的姓名 _____ 有效日期 _____

您是否有下列疾病中的一种 (勾选所有适用的选项)?

贫血 哮喘 _____ (吸入器种类) 镰状细胞贫血/镰刀型贫血特质 糖尿病癫痫 高血压 以前有过脑震荡/头部受伤历史; 如果有, 日期? _____过敏 (使用 Epi-Pen 是 否) 其他 _____您戴隐性眼镜或眼镜? 隐性眼镜 眼镜 您上次接种破伤风疫苗的时间? 月/年 _____

列出目前服用的所有药物、包括处方药、非处方药和救援吸入器 _____

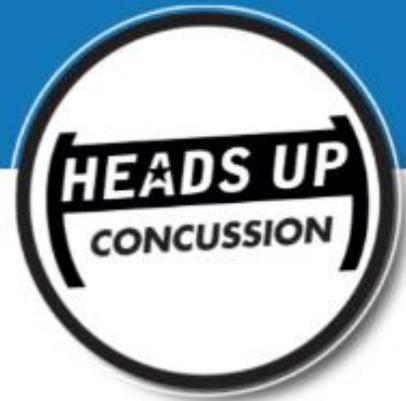
如果学生在参加校际运动活动、旅行或练习时需要医疗救治, 我在此授权华府公立学校的医疗保健提供者 (运动教练、团队/比赛医生和紧急医疗技师 (EMT)) 为我的孩子提供运动医疗护理和/或获得适当的医疗服务。此外, 如果华府公立学校的工作人员无法联系上述指定人员, 我同意华府公立学校的运动保健提供者把我的孩子送往医院、急救中心或医生诊所。

签名 _____ 日期 _____

(家长、监护人或 18 岁以上的学生)

官方专用 (For Office Use Only):

Date of DC Universal Health Certificate (Physical) _____ AT/SC Initials: _____



家长和运动员脑震荡信息单

什么是脑震荡?

脑震荡是一种改变大脑正常运转方式的创伤性脑损伤。脑震荡的发生是因为头部或身体受到撞击、打击或猛击而导致头部和大脑快速地来回晃动。即使头部遭受“一击”、“伤害”、或似乎是轻微的碰撞或打击都会产生严重的后果。

脑震荡的迹象和症状是什么?

脑震荡的迹象和症状可以在受伤后立即出现，或者可能在受伤后的几天或几周才出现或引起注意。

如果一名运动员在头部或身体受到撞击、打击或猛击之后报告脑震荡的一种或多种症状，他应该在受伤的当天停止比赛。这名运动员只有经过在脑震荡评估方面富有经验的医护人员的许可才能重新参赛。

运动员报告的症状:

- 头痛或头部“压力”
- 恶心或呕吐
- 平衡问题或头晕
- 视力有重影或模糊
- 对光敏感
- 对噪音敏感
- 感到倦怠、糊涂、迷糊或头昏
- 注意力不集中或记忆困难
- 思维混乱
- “感觉不对劲”或“情绪低落”

您知道吗?

- 大多数脑震荡发生时，运动员的意识没有丧失。
- 如果一名运动员在生活中的某一刻曾得过脑震荡，他下一次再得脑震荡的风险将增加。
- 儿童和青少年更容易得脑震荡，并且比成年人需要更长的康复时间。

教练观察到的症状:

- 看上去头昏眼花或不知所措
- 搞不清任务或位置
- 忘记指令
- 不知道游戏、分数或对手
- 动作迟缓
- 回答问题时反应迟钝
- 失去意识（即使是片刻）
- 情绪、行为或个性发生变化
- 回忆不起被击或跌到之前的事件
- 回忆不起被击或跌到之后的事件



运动医学

“错过一场比赛好于错过整个赛季”

脑震荡的危险信号

在极少数的情况下，脑震荡患者的脑部可能会形成危险的血块，并挤压头盖骨。如果一名运动员在头部或身体受到撞击、打击或猛击之后出现任何下列危险迹象，应立即接受医疗救助：

- 一个瞳孔大于另一个瞳孔
- 昏昏欲睡或不能被叫醒
- 头痛越来越严重
- 虚弱、麻木或协调性降低
- 反复呕吐或恶心
- 口齿不清
- 抽搐或痉挛
- 无法认出他人或地点
- 变得越来越困惑、不安、或烦躁
- 具有异常行为
- 失去意识（即使意识短暂丧失也应该认真对待）

如果您认为您的运动员得了脑震荡，您应该怎么办？

1. 如果您怀疑一名运动员患有脑震荡，请让他/她退出比赛并寻求医疗救助。不要试图自己判断受伤的严重程度。让这名运动员在受伤的当天退出比赛，并且直到在脑震荡评估方面富有经验的医护人员说，他/她已经没有症状，才可以让他/她重返赛场。
2. 休息是帮助一名运动员从脑震荡中恢复的关键。从事需要高度集中的锻炼或活动，如学习、在电脑上工作和打电子游戏，可能会导致脑震荡症状重新出现或变得更糟。脑震荡后，重返赛场和学校是一个渐进的过程，应该由医护人员仔细处理、密切观察。
3. 记住：脑震荡对人们的影响不同。虽然大多数患有脑震荡的运动员恢复得很快并且彻底，有些人的症状会持续几天、甚至几周。更严重的脑震荡可持续数月或更长时间。

运动员为什么应该报告他们的症状？

如果一名运动员患有脑震荡，他/她的大脑需要时间来愈合。一名运动员的大脑还在愈合时，他/她更有可能发生另一次脑震荡。反复发作的脑震荡会增加恢复所需的时间。在极少数的情况下，年轻运动员的脑震荡反复发作会导致大脑肿胀或对他们的大脑产生永久性伤害，甚至可以致命。

我，运动员，明白我有责任向我的教练、领导和/或医护人员报告我的症状。我也明白，我必须没有症状才能重返赛场。

正楷书写学生 - 运动员姓名

学生 - 运动员签名

日期

我已阅读上述华府校际运动协会 (DCIAA) 运动医学脑震荡信息表，并明白我有责任向教练、领导和医护人员报告我的孩子的症状。我也明白我的孩子必须没有症状才能重返赛场。

正楷书写家长/监护人姓名

家长/监护人签名

日期

加入对话 www.facebook.com/CDCHeadsUp

想要了解更多资讯请登录 >> WWW.CDC.GOV/CONCUSSION

内容来源：疾病防控中心（CDC）的提醒计划（Heads Up Program）。由运动员设备标准全国运行委员会（NOCSAE）拨款给疾病防控中心基金会制作。





运动员姓名 _____

尊敬的家长/监护人,

华府运动部 (Department of Athletics) 正在对我们的学生运动员实施一项新颖的计划。这项计划将帮助我们的体育队医生/体育教练评估和治疗头部创伤 (例如脑震荡)。为了更好地控制我们的学生运动员患有的脑震荡, 我们已经购买了一个名为 ImPACT (脑震荡后即时评估和认知考试) 的软件工具。ImPACT 是一项在计算机上进行的测试, 用于全国各地的许多职业、大学和高中体育项目, 对脑震荡成功地诊断和控制。如果运动员在比赛中头部受到创伤, ImPACT 用于帮助确定头部创伤的严重程度, 以及伤口何时完全愈合。

这项计算机测试在运动员开始接触运动练习或竞赛之前就提供给他们。这种无创伤测试以“视频游戏”类格式设置, 大约需要 15-20 分钟完成。测试很简单, 实际上许多运动员都喜欢测试带来的挑战。基本上, ImPACT 测试是赛季到来之前对大脑的检查。它跟踪诸如记忆、反应时间、速度和全神贯注方面的信息。然而, 它不是一项智商测试。

如果怀疑一名运动员有脑震荡, 他/她将需要重新参加测试。赛季前和受伤后的测试数据将提供给当地医生和/或神经心理学家, 以帮助评估创伤。收集的信息也可以与您的家庭医生分享。测试数据将使这些医疗专业人员能够确定受伤的运动员何时重返赛场是适当和安全的。如果您的孩子遭遇这种性质的创伤, 您将立即收到与受伤有关的所有详细信息。

我们想要强调的一点是, ImPACT 测试程序不会造成创伤, 并且对学生运动员不造成任何风险。我们很高兴实施这项计划, 因为它为我们提供了控制脑震荡和预防多发性脑震荡可能带来的潜在的脑创伤的最佳可用信息。运动部的管理、指导和运动训练人员正在努力把您的孩子的健康和安全放在学生运动生涯的首位。请交回附有相关签名的页面。如果您对此计划有更深入的问题, 请随时联系我们的办公室, 电话: (202) 729-3288。

华府公立学校运动部

同意书

我的孩子以前有脑震荡? 是 否

有过脑震荡的总次数 _____

脑震荡的发生日期 _____

您的孩子曾经参加过 ImPACT 脑震荡测试吗? 是 否. 如果回答“是”, 时间 _____

脑震荡后即时评估和认知测试 (ImPACT) 专用

我已阅读上述信息。我明白它的内容。我有机会提出问题, 而且所有问题的答复都令我满意。我同意参加 ImPACT 脑震荡控制计划 (Concussion Management Program)。

正楷书写运动员姓名

运动项目

运动员签名

日期

家长签名

日期