

Child SCOAT6™



Sport Concussion Office Assessment Tool

Per bambini dagli 8 ai 12 anni

Cos'è il Child SCOAT6?*

Il Child SCOAT6 è uno strumento di valutazione ambulatoriale della concussione (commozione) cerebrale per professionisti sanitari, che viene utilizzato di solito a partire da 72 ore (3 giorni) dopo una commozione cerebrale correlata allo sport.

La diagnosi di concussione cerebrale è basata su una valutazione clinica effettuata da un professionista sanitario. Le varie componenti dello SCOAT6 possono guidare il professionista sanitario nella valutazione clinica e guidarlo in una gestione centrata sul paziente.

Il Child SCOAT6 è utilizzato per valutare gli atleti di età compresa tra 8 e 12 anni. Per gli atleti di età pari o superiore a 13 anni, utilizzare lo SCOAT6.

Nel Child SCOAT6 sono incluse brevi istruzioni verbali solo per alcuni passaggi. Le istruzioni dettagliate per l'uso del Child SCOAT6 sono fornite in un documento allegato, che si prega di leggere attentamente prima di utilizzare lo strumento.

Questo strumento può essere copiato liberamente nella sua forma attuale per essere distribuito a persone, squadre, gruppi e organizzazioni. Qualsiasi alterazione (comprese le traduzioni e la riformattazione digitale), il re-branding o la vendita per scopi commerciali non sono consentiti senza l'esplicito consenso scritto del BMJ e del Concussion in Sport Group (CISG).

Guida alla compilazione

Blu: da completare solo alla prima valutazione

Verde: parte raccomandata per la valutazione

Arancio: parte opzionale per la valutazione

Nome e Cognome dell'atleta:					
Data di Nascita:		Sesso: Maschio <input type="checkbox"/>	Femmina <input type="checkbox"/>	Non dichiarata <input type="checkbox"/>	
Sport:					
Età del primo sport di contatto:		Classe/grado/livello scolastico:			
Mano dominante (Scrivere): L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	Ambidestro <input type="checkbox"/>	Mano dominante (Sport): Sin <input type="checkbox"/>	Dx <input type="checkbox"/>	Ambidestro <input type="checkbox"/>
Piede dominante (Sport): L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	Ambidestro <input type="checkbox"/>			
Nome del genitore/tutore accompagnatore:					
Esaminatore:		Data della Valutazione:			
Medico di riferimento:					
Contatti del medico di riferimento:					

*Nella revisione della letteratura, il periodo definito per l'utilizzo dello SCOAT6 e del Child SCOAT6 è stato tra i 3 e 30 giorni. I professionisti sanitari possono scegliere di utilizzare lo SCOAT6 anche oltre questo intervallo di tempo, ma dovrebbero essere consapevoli dei parametri della revisione.

Per Uso esclusivo da parte di professionisti sanitari

Child SCOAT6™

Sviluppato da: The Concussion in Sport Group (CISG)

supportato da:



**Trauma attuale:**

Rimozione dal gioco: Immediata Ha continuato a giocare per _____ minuti
 E' uscito dal campo camminando Uscita assistita Uscita in barella

Data del trauma: _____

Descrizione - includere il meccanismo del trauma, la presentazione, la gestione dal momento del trauma, il percorso assistenziale al momento del trauma:

Data di presentazione dei sintomi per la prima volta _____ Data in cui i sintomi sono stati riportati _____

Anamnesi dei Traumi Cranici

Data/Anno	Descrizione - includere il meccanismo del trauma, la presentazione, la gestione dal momento del trauma, il percorso assistenziale al momento del trauma	Gestione - includere il tempo di assenza dalla scuola o sport

Anamnesi Neurologica, Psicologica, Psichiatrica o disturbi di apprendimento

Diagnosi	Anno diagnosi	Gestione della problematica, inclusi i farmaci
<input type="checkbox"/> Emicrania		
<input type="checkbox"/> Cefalea cronica		
<input type="checkbox"/> Depressione		
<input type="checkbox"/> Ansia		
<input type="checkbox"/> Sincope		
<input type="checkbox"/> Epilessia/crisi epilettica		
<input type="checkbox"/> Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD)		
<input type="checkbox"/> Disturbo dell'apprendimento o dislessia		
<input type="checkbox"/> Disturbo dello sviluppo della coordinazione motoria		
<input type="checkbox"/> Altro _____		



Elencare tutti i farmaci attualmente in uso - compresi quelli da banco, prodotti naturopatici e integratori

Farmaco	Dosaggio	Frequenza	Motivo dell'assunzione

Anamnesi familiare di patologie neurologiche, psicologiche, psichiatriche, cognitive o dello sviluppo

Membro Familiare	Diagnosi	Gestione, inclusa terapia farmacologica
	<input type="checkbox"/> Depressione	
	<input type="checkbox"/> Ansia	
	<input type="checkbox"/> Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività	
	<input type="checkbox"/> Disturbo dell'apprendimento o dislessia	
	<input type="checkbox"/> Emicrania	
	<input type="checkbox"/> Altro _____	

Note aggiuntive:



Report del bambino

Il bambino deve completare tutte e 3 le caselle dei sintomi

Box 1

Sintomi	Per niente/mai	Un po'/raramente	Un po'/ A volte	Molto/spesso
Ho mal di testa	0	1	2	3
Mi gira la testa	0	1	2	3
Mi sembra che la stanza stia girando	0	1	2	3
Mi sento come se stessi per svenire	0	1	2	3
Le cose sono sfocate quando le guardo	0	1	2	3
Vedo doppio	0	1	2	3
Ho male allo stomaco	0	1	2	3
Mi stanco molto	0	1	2	3
Mi stanco facilmente	0	1	2	3
Ho difficoltà a prestare attenzione	0	1	2	3
Mi distraigo facilmente	0	1	2	3
Ho difficoltà a concentrarmi	0	1	2	3
Ho problemi a ricordare cosa mi dicono le persone	0	1	2	3
Ho problemi a seguire le istruzioni	0	1	2	3
Sogno troppo ad occhi aperti	0	1	2	3
Mi confondo	0	1	2	3
Dimentico le cose	0	1	2	3
Ho problemi a finire le cose	0	1	2	3
Ho difficoltà a capire le cose	0	1	2	3
È difficile per me imparare cose nuove	0	1	2	3

Box 1: Numero totale di sintomi: su 20 Punteggio di gravità dei sintomi: su 60

Box 2

Sintomi	Per niente/mai	Un po'/raramente	Un po'/ A volte	Molto/spesso
Mi fa male il collo	0	1	2	3
Ho problemi con le luci intense	0	1	2	3
Ho problemi con i rumori forti	0	1	2	3
Mi sento assonnato o intontito	0	1	2	3
Sto dormendo più del solito	0	1	2	3
Ho difficoltà ad addormentarmi o a restare addormentato durante la notte	0	1	2	3
Ho problemi di equilibrio	0	1	2	3
Penso più lentamente	0	1	2	3
Sono più emotivo	0	1	2	3
Mi infastidisco facilmente	0	1	2	3
Sono triste	0	1	2	3
Ho problemi a guardare la lavagna dopo aver guardato il banco	0	1	2	3

Box 2: Numero totale di sintomi: di 12 Punteggio di gravità dei sintomi: di 36



Report del bambino (continua)

Box 3

I sintomi peggiorano con l'attività fisica?	S	N
I sintomi peggiorano quando si cerca di pensare?	S	N

Valutazione complessiva delle risposte del bambino:

Su una scala da 0 a 10 (dove 10 è il valore normale), come ti senti adesso? Molto Male 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Molto Bene

Se non 10, in che modo ti senti diverso?

Report del bambino (Box 1 + Box 2)

Numero totale di sintomi: su 32 Punteggio di gravità dei sintomi: su 96

Report dei genitori

Il genitore deve completare tutte e 3 le caselle dei sintomi

Box 1

Il Bambino..

Sintomi	Per niente/mai	Un po'/raramente	Un po'/A volte	Molto/spesso
ha mal di testa	0	1	2	3
si sente stordito	0	1	2	3
ha la sensazione che la stanza stia girando	0	1	2	3
si sente debole	0	1	2	3
ha la vista offuscata	0	1	2	3
ha la visione doppia	0	1	2	3
Ha nausea	0	1	2	3
si stanca molto	0	1	2	3
si stanca facilmente	0	1	2	3
ha difficoltà a mantenere l'attenzione	0	1	2	3
si distrae facilmente	0	1	2	3
ha difficoltà a concentrarsi	0	1	2	3
ha problemi a ricordare ciò che gli viene detto	0	1	2	3
ha difficoltà a seguire le indicazioni	0	1	2	3
tende a fantasticare	0	1	2	3
si confonde	0	1	2	3
è smemorato	0	1	2	3
ha difficoltà a completare i compiti	0	1	2	3
ha scarse capacità di risoluzione dei problemi	0	1	2	3
ha problemi di apprendimento	0	1	2	3

Box1: Numero Totale Di Sintomi: su 20 Punteggio di gravità dei sintomi: su 60



Report dei genitori (Continua)

Box 2

Il Bambino..

Sintomi	Per niente/mai	Un po'/raramente	Un Po'/ A Volte	Molto/spesso
ha il collo dolorante	0	1	2	3
è sensibile alla luce	0	1	2	3
è sensibile al rumore	0	1	2	3
sembra assonnato	0	1	2	3
sta dormendo più del solito	0	1	2	3
ha difficoltà ad addormentarsi o a rimanere addormentato durante la notte	0	1	2	3
ha problemi di equilibrio	0	1	2	3
sta pensando più lentamente	0	1	2	3
agisce in modo più emotivo	0	1	2	3
si comporta in modo irritabile	0	1	2	3
sembra triste	0	1	2	3
ha difficoltà a spostare lo sguardo in classe (ad esempio, guardando dal banco alla lavagna)	0	1	2	3

Box 2: Numero Totale Di Sintomi: su 12 Punteggio di gravità dei sintomi: su 36

Box 3

I sintomi peggiorano con l'attività fisica?	S	N
I sintomi peggiorano quando si cerca di pensare?	S	N

Valutazione complessiva per la risposta del genitore/insegnante/allenatore/tutore:

Su una scala da 0 a 100% (dove 100% è normale), come valuteresti ora il bambino?

Se non è al 100%, in che modo il bambino sembra diverso?

Report del Genitore (Box 1 + Box 2)

Numero Totale Di Sintomi: su 32 Punteggio di gravità dei sintomi: su 96

Questionario di autoefficacia PACE - Autovalutazione

Una misura che indica il grado di fiducia del bambino nelle sue azioni che influenzano il recupero.

Questionario contenuto nel materiale supplementare Child SCOAT6



Test Cognitivi Verbali

Memoria immediata

Tutti e 3 i tentativi devono essere eseguiti indipendentemente dal numero di risposte corrette nel tentativo 1. Somministrare ad un ritmo di una parola al secondo con una voce monotona.

Tentativo 1: Dire "Sto per testare la tua memoria. Ti leggerò una lista di parole e quando avrò finito, ripeti quante più parole ricordi, in qualsiasi ordine."

Tentativi 2 e 3: Dire "Sto per ripetere la stessa lista. Ripeti quante più parole ricordi, in qualsiasi ordine, anche se hai già nominato la parola precedentemente."

Lista di parole usata A B C

Lista di parole usata					Liste alternative	
Lista A	Tentativo 1	Tentativo 2	Tentativo 3	Lista B	Lista C	
Camino	0 1	0 1	0 1	Brodo	Viola	
Tromba	0 1	0 1	0 1	Violino	Bastone	
Pane	0 1	0 1	0 1	Campagna	Campagna	
Manico	0 1	0 1	0 1	Cornice	Tempo	
Letto	0 1	0 1	0 1	Lira	Lago	
Pagina	0 1	0 1	0 1	Parete	Notte	
Moneta	0 1	0 1	0 1	Bastone	Isola	
Giornale	0 1	0 1	0 1	Palazzo	Cornice	
Sera	0 1	0 1	0 1	Notte	Freccia	
Carote	0 1	0 1	0 1	Freccia	Palazzo	
Totale per tentativo						

Totale Memoria Immediata _____ su 30

Ora in cui è stato completato l'ultimo tentativo: _____

Cifre all'indietro

Leggere la sequenza di numeri al ritmo di un numero al secondo, con una voce monotona,

Dire "Leggerò una serie di numeri e, quando avrò finito, me li ripeterai nell'ordine inverso rispetto a quello in cui te li ho letti. Per esempio, se io dico 7-1, tu dirai 1-7. Quindi, se io dico 6-8 tu dirai? (8-6)"

Selezionare la lista: A B C

Lista A	Lista B	Lista C	S	N	0	1
2-7	9-2	7-8	S	N	0	1
5-9	6-1	5-1	S	N	0	1
7-8-2	3-8-2	2-7-1	S	N	0	1
9-2-6	5-1-8	4-7-9	S	N	0	1
4-1-8-3	2-7-9-3	1-6-8-3	S	N	0	1
9-7-2-3	2-1-6-9	3-9-2-4	S	N	0	1
1-7-9-2-6	4-1-8-6-9	2-4-7-5-8	S	N	0	1
4-1-7-5-2	9-4-1-7-5	8-3-9-6-4	S	N	0	1
6-0-1-3-5-7	2-5-1-3-9-8	0-7-5-8-1-6	S	N	0	1
6-1-2-8-0-7	0-8-5-1-9-4	0-2-8-4-7-1	S	N	0	1

Punteggio del test dei numeri: _____ su 4

Giorni in ordine inverso

Di "Ora dimmi i giorni della settimana in ordine inverso. Inizia dall'ultimo giorno e vai indietro. Quindi dirai domenica, sabato e così via... Vai avanti". Avvia il cronometro e CERCHIA ogni risposta corretta:

Domenica Sabato Venerdì Giovedì Mercoledì Martedì Lunedì

Tempo trascorso per completare il test (in sec) _____ (N <30 sec)

Numero di Errori : _____



Test Delle Modalità Delle Cifre Dei Simboli

Una misura della velocità di elaborazione psicomotoria.

Se clinicamente indicato in base ai sintomi e ai riscontri clinici

SDMT contenuta nel materiale supplementare Child SCOAT6

Esame clinico

Segni vitali in ortostatismo

Misurare la pressione sanguigna e il polso del bambino tramite sfigmomanometro digitale dopo essere rimasto in posizione supina per 2 minuti; e poi di nuovo dopo essere rimasto in piedi senza supporto per 2 minuti. Un'opzione è quella di eseguire una valutazione aggiuntiva tra la posizione sdraiata e quella eretta: dopo essere rimasto seduto in posizione eretta per 2 minuti. Al bambino viene chiesto se manifesta sintomi quali: vertigini o stordimento, svenimento, visione offuscata o sbiadita, nausea, affaticamento o mancanza di concentrazione.

Segni vitali in ortostatismo	Supino (dopo 2 minuti)	In Piedi (dopo 2 minuti)
Pressione arteriosa (mmHg)		
Frequenza cardiaca (bpm)		
Sintomi ¹	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Se sì: Quali e descrizione	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Se sì: Quali e descrizione
<ul style="list-style-type: none"> • Vertigine o capogiro • Svenimento • Ipovisione o Visione offuscata • Nausea • Senso di affaticamento • Perdita di concentrazione 		
Risultati	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	

Ipotensione ortostatica: calo della PA sistolica ≥ 20 mmHg tra posizione supina e posizione eretta. Tachicardia ortostatica: aumento della FC ≥ 30 bpm durante la transizione tra posizione supina e posizione eretta, in assenza di ipotensione ortostatica.

Valutazione del rachide cervicale

Palpazione del rachide cervicale	Segni e Sintomi		Localizzazione
Contrattura muscolare	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	
Dolore alla palpazione dei processi spinosi cervicali	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	
Dolore alla pressione paravertebrale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	
Mobilità del Rachide Cervicale	Risultato		
Flessione (50-80°)	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	
Estensione (45-95°)	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	
Latero flessione destra (30-55°)	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	
Latero flessione sinistra (30-55°)	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	
Rotazione destra (50-90°)	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	
Rotazione sinistra (50-90°)	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	

Annotazioni:



Valutazione Neurologica

Nervi cranici

Normale Anormale Non testati

Annotazioni:

Dito al Naso

A Occhi aperti:

Mano Sinistra: Normale Anormale Non testato

Mano Destra: Normale Anormale Non testato

A Occhi Chiusi:

Mano Sinistra: Normale Normale Non testato

Mano Destra: Normale Normale Non testato

Altri reperti neurologici

Tono dei 4 arti: Normale Normale Non testato

Forza: Normale Normale Non testato

Riflessi miotendinei: Normale Normale Non testato

Sensibilità: Normale Normale Non testato

Funzione cerebellare: Normale Normale Non testato

Commenti:

Equilibrio

Scalzo su superficie rigida con o senza un tappetino morbido

Piede valutato: Sinistro Destro (valutare il piede non dominante)

Scala BESS Modificata

Stazione bipodalica: su 10 errori

Stazione in tandem: su 10 errori

Stazione monopodalica: su 10 errori

Errori totali: su 30 errori

Sul Morbido

Stazione bipodalica: su 10 errori

Stazione in tandem: su 10 errori

Stazione monopodalica: su 10 errori

Errori totali: su 30 errori



Andatura in tandem cronometrata

Posizionare una linea di nastro tape lunga 3 metri sul pavimento. Il compito dovrebbe essere cronometrato.

Dire **"Cammina velocemente tacco-punta fino alla fine del nastro, poi ti giri e torni indietro il più velocemente possibile senza separare i piedi o uscire dalla linea."**

Tempo per completare l'andatura in tandem cronometrata (in secondi)

Tentativo 1	Tentativo 2	Tentativo 3	Media su 3 tentativi	Tentativo più veloce

Anormale/non completa la prova Instabile/oscilla Caduta/passo fuori linea Stordito/Nauseato

Andatura in tandem - versione complessa

In avanti

Dire **"Camminare velocemente tacco-punta in avanti facendo cinque passi, poi continuare ad avanzare con gli occhi chiusi per altri cinque passi"**

Assegnare 1 punto per ogni passo fuori dalla linea, 1 punto per l'oscillazione del tronco o per il fatto di appoggiarsi a un oggetto per avere sostegno.

Occhi aperti (in avanti) Punteggio:

Occhi chiusi (in avanti) Punteggio:

Punteggio totale in avanti:

Totale punteggio (in avanti + all'indietro):

All'indietro

Dire **"Camminare nuovamente facendo cinque passi tacco-punta all'indietro con gli occhi aperti, poi continuare con gli occhi chiusi per altri cinque passi."**

Assegnare 1 punto per ogni passo fuori dalla linea, 1 punto per l'oscillazione del tronco o per il fatto di appoggiarsi a un oggetto per avere sostegno.

Occhi aperti (all'indietro) Punteggio:

Occhi chiusi (all'indietro) Punteggio:

Punteggio totale in avanti:

Cammino con doppio compito

Eseguire solo se il bambino completa con successo il Tandem Gait Complesso

Dire **"Ora, mentre cammini tallone-punta, ti chiederò di recitare le seguenti parole in ordine inverso /contare indietro a voce alta sottraendo 7(o 3) / recitare i mesi dell'anno (o i giorni della settimana) in ordine inverso"**

(scegliere un compito cognitivo). Consentire un tentativo di pratica verbale del compito cognitivo selezionato.

		Compito cognitivo											
Prova 1 (Sottrazione di 7) O (Sottrazione di 3)		95	88	81	74	67	60	53	46				
		97	94	91	88	85	82	79	76				
O Prova 2 (Mesi O Giorni ripetere in ordine inverso)		Dicembre	Novembre	Ottobre	Settembre	Agosto	Luglio	Giugno	Maggio	Aprile	Marzo	Febbraio	Gennaio
			Domenica	Sabato	Venerdì	Giovedì	Mercoledì	Martedì	Lunedì				

Prima di iniziare il doppio compito dire: **"Perfetto. Ora ti chiederò di camminare tacco-punta e contemporaneamente, eseguire il compito ad alta voce. Sei pronta/o?"**

Precisione cognitiva: Numero Corretto: Numero non corretto: Tempo trascorso (s):

Commenti:



Esame Oculo-Vestibolare

Inseguimenti fluidi

Provocazione dei sintomi riferita dal paziente:

Peggioramento del mal di testa: Si No Vertigini: Si No Nausea:
 affaticamento degli occhi: Si No Dolore agli occhi: Si No Si No

O segni fisici:

Movimenti oculari a scatti o saltellanti: Si No >3 Battiti di nistagmo: Si No

Saccadi veloci

Saccadi orizzontali:

Peggioramento del mal di testa: Si No Vertigini: Si No Nausea:
 Affaticamento degli Occhi: Si No Dolore agli occhi: Si No Si No

Saccadi Verticali:

Peggioramento del mal di testa: Si No Vertigini: Si No Nausea:
 Affaticamento degli Occhi: Si No Dolore agli occhi: Si No Si No

Test di stabilità dello sguardo (riflesso vestibolo-oculare angolare)

Stabilità dello sguardo verticale:

Peggioramento del mal di testa: Si No Vertigini: Si No Nausea:
 Affaticamento degli Occhi: Si No Dolore agli occhi: Si No Si No

Stabilità dello sguardo orizzontale:

Peggioramento del mal di testa: Si No Vertigini: Si No Nausea:
 Affaticamento degli Occhi: Si No Dolore agli occhi: Si No Si No

Test del punto di convergenza prossimo

Distanza: cm

Accomodazione monoculare sinistra e destra

Distanza dell'occhio sinistro: cm Distanza dell'occhio destro: cm

Andatura Tandem complessa (se non testata in Balance)

Punteggio dell'andatura in tandem complessa:

Salute mentale degli atleti pediatrici

Ansia pediatrica – Modulo breve 8a

Se clinicamente indicato in base ai sintomi e ai riscontri clinici

Questionario sull'ansia pediatrica contenuto nel materiale supplementare Child SCOAT6

Sintomi depressivi pediatrici – Modulo breve 8a

Se clinicamente indicato in base ai sintomi e ai riscontri clinici

Questionario sui sintomi depressivi pediatrici contenuto nel materiale supplementare Child SCOAT6



Salute mentale degli atleti pediatrici (continua)

Disturbo del sonno pediatrico – Modulo breve 4a

Se clinicamente indicato in base ai sintomi e ai riscontri clinici

Questionario sui disturbi del sonno pediatrici contenuto nel materiale supplementare Child SCOAT6

Alterazioni del sonno in età pediatrica – Modulo breve 4a

Se clinicamente indicato in base ai sintomi e ai riscontri clinici

Questionario sulla compromissione del sonno in età pediatrica contenuto nel materiale supplementare Child SCOAT6

Questionario sul comportamento di evitamento della paura pediatrica dopo un trauma cranico (PFAB-TBI)

Una misura per identificare i comportamenti di evitamento della paura, che possono contribuire a esiti peggiori/persistenza di sintomi dopo una concussione cerebrale, che possono trarre beneficio da un intervento psicologico.

Questionario PFAB-TBI contenuto nel materiale supplementare Child SCOAT6

Memoria ritardata - Richiamo differito della lista di parole

Da eseguirsi almeno 5 minuti dopo il test di memoria immediata

Dire *“Ricordi quella lista di parole che ho letto precedentemente? Ripetimi quante più parole della lista riesci a ricordare, in qualsiasi ordine..”*

Lista utilizzata:	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	Liste alternative	
Lista A	Punteggio		Lista B	Lista C	
Camino	0	1	Brodo	Viola	
Tromba	0	1	Violino	Bastone	
Pane	0	1	Campagna	Campagna	
Manico	0	1	Cornice	Tempo	
Letto	0	1	Lira	Lago	
Pagina	0	1	Parete	Notte	
Moneta	0	1	Bastone	Isola	
Giornale	0	1	Palazzo	Cornice	
Sera	0	1	Notte	Freccia	
Carota	0	1	Freccia	Palazzo	

Punteggio: su 10 Segnare il tempo (in minuti) trascorso dalla fine della prova di memoria immediata

Risultato dei Test Neurocognitivi a Computer (se usati)

Non eseguito

Batteria di test utilizzata:

Baseline più recente, se eseguita (data):

Risultati post trauma (a riposo):

Risultati post trauma (dopo sforzo da esercizio fisico):

Test di esercizio aerobico incrementale

Non eseguito

Escludere controindicazioni: condizioni cardiache, malattie respiratorie, sintomi vestibolari significativi, disfunzioni motorie, lesioni agli arti inferiori, lesioni alla colonna cervicale.

Protocollo utilizzato:



Valutazione conclusiva

Conclusioni:

Piano di gestione e follow up

Raccomandazioni relative al ritorno a:

Scuola:

Sport:

Valutazione da parte di:

Nome:

Preparatore atletico

Medico dello sport e dell'esercizio

Neurologo

Neuropsicologo

Neurochirurgo

Oculista

Optometrista

Pediatra

Fisiatra

Fisioterapista

Psicologo

Psichiatra

Pediatra

Medico di Medicina Generale

Neuroimaging: Non richiesto Necessario e Richiesto Già eseguito e Immagini Revisionate

Dettagli:

Cervello: TAC RMN

Colonna cervicale: Rx TAC RMN altro

Dettagli:

Terapia farmacologica prescritta

Data di revisione:

Data di follow-up:



Note cliniche aggiuntive

Strategia di ritorno all'apprendimento (RTA)

Il ritorno all'apprendimento è una parte vitale del processo di recupero per gli studenti-atleti. Gli operatori sanitari dovrebbero collaborare con i responsabili delle politiche scolastiche ed educative per facilitare il supporto didattico, inclusi gli adeguamenti scolastici per gli studenti con concussione cerebrale, quando necessario. La scuola dovrebbe considerare quali sono i fattori di rischio di una prolungata guarigione e rientro scolastico (ad esempio lo stato di salute psico-fisica, la presenza di numerosi sintomi..) ed agire su di essi, regolando i fattori ambientali, fisici, curricolari e di verifica secondo le necessità del caso. Non tutti gli atleti avranno bisogno di un percorso di ritorno all'apprendimento o di supporto didattico. Gli operatori sanitari dovrebbero considerare l'attuazione di una "strategia per il ritorno all'apprendimento" al momento della diagnosi e durante il processo di recupero, se si verificasse un peggioramento dei sintomi durante l'attività cognitiva o con l'uso del computer, o se venissero segnalate difficoltà nella lettura, nella concentrazione, nella memoria o in altri aspetti cognitivi. Essa può iniziare dopo un periodo iniziale di riposo (Step 1: della durata di 24-48 ore) e proseguire con un aumento incrementale del carico cognitivo (Step: da 2 a 4). La progressione attraverso gli step è guidata dai sintomi (è concessa la progressione se il paziente è asintomatico o se si verifica solo un lieve peggioramento dei sintomi legati alla concussione cerebrale attuale) e la durata può variare tra gli individui in base alla tolleranza e alla progressiva risoluzione dei sintomi. Infine si segnala che nonostante le strategie di ritorno all'apprendimento e di ritorno allo sport possano avvenire in parallelo, gli studenti-atleti dovrebbero completare l'intero percorso di ritorno all'apprendimento prima di rientrare alla pratica sportiva senza limitazioni.

Step	Attività Cognitiva	Attività per ogni step	Obiettivo
1	Attività quotidiane che non provochino un peggioramento dei sintomi legati alla concussione cerebrale, se non una lieve esacerbazione*	Tipiche attività di vita quotidiana (es: lettura), cercando di limitare l'esposizione a schermi. Iniziare con sessioni di 5-15 minuti alla volta e aumentare gradualmente.	Rientro graduale alle attività quotidiane
2	Attività scolastiche	Compiti, lettura o altre attività cognitive al di fuori della classe.	Incrementare la tolleranza allo sforzo cognitivo
3	Rientro a scuola part time	Introduzione graduale del lavoro scolastico. Potrebbe essere necessario iniziare con una giornata scolastica parziale o con necessità di più pause di riposo durante la giornata.	Incrementare le attività didattiche
4	Rientro a scuola full time	Incremento graduale delle attività scolastiche fino a quando la giornata completa venga tollerata senza portare ad un peggioramento dei sintomi se non una lieve esacerbazione*	Rientro completo alle attività scolastiche e recupero dei compiti scolastici persi

NOTE: Dopo un periodo iniziale di riposo relativo (di 24-48 ore dal trauma allo step 1), gli atleti possono iniziare ad aumentare il carico cognitivo. La progressione attraverso gli step dovrebbe essere rallentata se lo studente presenta una esacerbazione dei sintomi maggiore rispetto ad una lieve e di breve durata.

*Un peggioramento lieve e breve dei sintomi è definito come un aumento di non più di 2 punti su una scala da 0 a 10 (con 0 che rappresenta l'assenza di sintomi e 10 l'intensità maggiore immaginabile), e con una durata di meno di un'ora rispetto al valore riportato prima di iniziare l'attività cognitiva.



Strategia di ritorno allo sport (RTS)

Il ritorno alla partecipazione sportiva dopo una concussione cerebrale segue una strategia graduale passo dopo passo, come l'esempio in Tabella 2. Il ritorno alla partecipazione sportiva avviene in concomitanza con il percorso di ritorno all'apprendimento (vedi sopra), e sotto la supervisione di un operatore sanitario qualificato. Dopo un periodo iniziale di riposo relativo (Step 1: circa 24-48 ore), l'operatore sanitario può passare allo step 2 [attività aerobica leggera (Step 2A) e successivamente moderata (Step 2B)] della strategia di ritorno allo sport, come trattamento della concussione cerebrale. L'atleta può quindi avanzare agli step dal 3 al 6 in un periodo di tempo che è determinato dai sintomi, dalla funzione cognitiva, dalle constatazioni e dal giudizio clinico. Può essere utile per l'atleta e per la sua rete di supporto (es: genitori, allenatori, amministratori, agenti) differenziare tra attività iniziali (step 1), esercizio aerobico (step 2) ed esercizio sport specifico individuale (step 3) come parte del trattamento della concussione cerebrale, dagli stadi successivi (step dal 4 al 6). Gli atleti possono passare alle fasi successive della strategia di ritorno allo sport, che comportano un rischio di trauma cranico (step dal 4 al 6 e step 3 se c'è un rischio di impatto legato all'attività specifica dello sport), previa autorizzazione dell'operatore sanitario e dopo la risoluzione di eventuali sintomi, anomalie nella funzione cognitiva e altre problematiche cliniche legate alla concussione cerebrale attuale. Ogni step richiede tipicamente almeno 24 ore di tempo. I clinici e gli atleti possono aspettarsi un periodo minimo di 1 settimana per completare l'intera strategia riabilitativa, ma un rientro allo sport senza restrizioni può richiedere fino a un mese dopo la concussione cerebrale. Il periodo di tempo per il ritorno alla partecipazione sportiva può variare in base alle caratteristiche individuali, richiedendo un approccio personalizzato nella gestione clinica. Gli atleti che hanno difficoltà a progredire attraverso la "strategia di ritorno allo sport o che presentano sintomi e segni che non si stanno risolvendo oltre le prime 2-4 settimane possono trarre beneficio da una riabilitazione specifica e/o dal coinvolgimento di un gruppo multidisciplinare di operatori sanitari esperti nella gestione della concussione cerebrale. La valutazione medica della capacità fisica e psicologica per tornare a svolgere attività a rischio, dovrebbe avvenire prima di tornare a svolgere qualsiasi attività a rischio di contatto, collisione o caduta (es: esercizi di allenamento di gruppo). Essa potrebbe essere richiesta prima di passare agli step 3-6, a seconda della natura dello sport e in conformità con le leggi/requisiti locali.

Step	Tipologia di esercizio	Attività fisica ad ogni step	Obiettivo
1	Attività limitata ai sintomi	Attività quotidiane che non esacerbano sintomi (es camminare)	Graduale reinserimento scolastico/lavorativo
2	Esercizio aerobico 2A – Leggero (incremento fino al 55% della max FC) poi passare a 2B – Moderato (incremento fino al 70% della max FC)	Cyclette o camminata a velocità medio bassa. È possibile iniziare un allenamento leggero, che non causi un peggioramento dei sintomi della concussione cerebrale se non una esacerbazione lieve e breve*.	Incrementare la frequenza cardiaca
3	Esercizio sport specifico individuale NOTA: Se l'attività sport specifica espone a rischio di trauma cranico, la possibilità di accedere allo step 3 dovrebbe essere dichiarata precedentemente dal medico	Allenamento sport specifico non di squadra (es corsa, cambi di direzione e/o allenamento individuale, ma non di squadra). Nessuna attività a rischio di trauma cranico.	Aggiungere movimenti e cambi di direzione.
Gli step dal 4 al 6 dovrebbero iniziare dopo la risoluzione di eventuali sintomi, anomalie nella funzione cognitiva e qualsiasi altra problematica clinica legata alla concussione cerebrale attuale, compresa quella correlata all'esercizio fisico.			
4	Allenamento senza contatto	Esercizi ad alta intensità, compresi esercizi di allenamento più impegnativi (es: esercitazioni di passaggio, allenamenti di gruppo. Può essere integrato nell'ambiente di squadra.	Ripresa della normale intensità di esercizio, coordinazione, di sforzo cognitivo
5	Allenamento completo con contatto	Partecipare ad allenamento senza limitazioni	Recupero della fiducia e valutazione delle capacità funzionali da parte dello staff tecnico
6	Rientro allo sport	Gioco senza limitazioni durante la partita.	

maxFC = Frequenza cardiaca massima predetta rispetto all'età (es: 220-età)

FC max predetta rispetto all'età = 220-età	Esercizio aerobico lieve	Esercizio aerobico moderato
55%	$220\text{-età} \times 0.55 = \text{FC obiettivo dell'allenamento}$	
70%		$220\text{-età} \times 0.70 = \text{FC obiettivo dell'allenamento}$

NOTE: *Un peggioramento lieve e breve dei sintomi (cioè un aumento di non più di 2 punti su una scala da 0 a 10 per meno di un'ora rispetto al valore di base riportato prima dell'attività fisica).

Gli atleti possono iniziare lo step 1 (cioè attività limitata dai sintomi) entro 24 ore dall'infortunio, con una progressione attraverso ciascuno step successivo che richiede tipicamente almeno 24 ore di tempo. Se si verifica un peggioramento dei sintomi superiore a una lieve (cioè più di 2 punti su una scala da 0 a 10) durante gli step 1-3, l'atleta dovrebbe interrompere l'esercizio e ritentare il giorno successivo, allo stesso livello. Se un atleta sperimenta sintomi legati alla concussione cerebrale durante gli step 4-6, dovrebbe tornare allo step 3 per ristabilire una completa risoluzione dei sintomi sotto sforzo prima di impegnarsi in attività a rischio. Una valutazione scritta che attesti la capacità di ritorno allo sport, dovrebbe essere fornita da un medico prima del rientro senza restrizioni alla partecipazione sportiva, come indicato dalle leggi e/o dai regolamenti sportivi locali.