

Child SCAT6™

Sport Concussion Assessment Tool (svensk)

För barn 8 till 12 år



Vad är SCAT6?

Child SCAT6 är ett standardiserat verktyg för bedömning av hjärnskakningar hos barn i åldrarna 8-12 år, framtaget för att användas av utbildad sjukvårdspersonal. Child SCAT6 kan inte utföras korrekt på mindre än 10-15 minuter. Child SCAT6 är ämnat att användas i den akuta fasen, optimalt inom 72 timmar (3 dagar) och upp till 7 dagar efter skada. Om det gått mer än 7 dagar, rekommenderas SCOAT6/ChildSCOAT6 i stället (svensk översättning saknas för tillfället).

*Child SCAT6 används för att utvärdera barn i åldrarna 8–12 år. För idrottare som är 13 år eller äldre, vänligen använd SCAT6.
Om du inte är sjukvårdsutbildad, använd Concussion Recognition Tool 6 (CRT6)*

Som bilaga finns detaljerade instruktioner för hur ChildSCAT6 ska användas. Vänligen läs noggrant igenom dessa innan du använder Child SCAT6. Korta verbala instruktioner för varje deltest är skrivna i *blå kursiv text*. Den enda utrustning som behövs för att utföra testet är sporttejp och en klocka eller tidtagarur.

Detta bedömningsverktyg får kopieras fritt i befintlig form för distribution till individer, lag, grupper och organisationer. Alla ändringar (inklusive översättning och digital formatering), försäljning i kommersiellt syfte är förbjudet utan skriftligt medgivande från British Medical Journal (BMJ)

Upptäck och avlägsna

Direkt eller indirekt våld mot huvudet kan medföra allvarliga och potentiellt livshotande konsekvenser. Vid misstanke om allvarlig skada – bland annat baserat på någon av varningsflaggorna i Box 1 – så behövs akut medicinskt omhändertagande. Om utbildad sjukvårdspersonal inte finns på plats för akut undersökning, ska skyndsamt transport anordnas till närmaste sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning.

Instruktion för utförande

Blå: Nödvändig del av bedömningen

Orange: Valfri del av bedömningen

Centrala punkter

- **Alla barn med misstänkt hjärnskakning skall AVLÄGSNAS FRÅN AKTIVITET** och undersökas. Kliniska symtom och sjukdomstecken – inklusive försämring av tillståndet – skall övervakas.
- **Barn med misstänkt hjärnskakning ska aldrig återvända till aktivitet samma dag.**
- Om ett barn misstänks ha drabbats av hjärnskakning och medicinsk personal inte finns på plats skall idrottaren transporteras till och undersökas vid närmaste sjukvårdsinrättning.
- Barn med misstänkt eller diagnosticerad hjärnskakning bör inte inta acetylsalicylsyra eller andra antiinflammatoriska läkemedel, lugnande eller opioider.
- Tecken och symtom på hjärnskakning kan utvecklas över tid; det är viktigt att barnet övervakas avseende pågående eller nyttillkomna hjärnskakningsrelaterade symtom, såväl som försämring.
- Hjärnskakning är en diagnos som ställs baserat på legitimerad sjukvårdspersonals kliniska bedömning.
- Child SCAT6 ska INTE ensamt användas för att fastställa eller utesluta diagnosen hjärnskakning. Det är viktigt att observera att ett barn kan ha hjärnskakning även om SCAT6-bedömningen är normal.

Kom ihåg

- De grundläggande principerna för förstahjälpen (ABCDE) ska alltid följas: luftvägar, andning, cirkulation, medvetandegrad och exponering.
- Flytta inte ett medvetslöst/okontaktbart barn (mer än vad som är nödvändigt för att säkra luftvägar) om du inte är utbildad för detta.
- Undersökning avseende nacke- och/eller ryggmärgsskada är en kritisk del av den initiala bedömningen på plats. Utför inte dessa undersökningar om du inte är utbildad för detta.
- Avlägsna inte hjälm eller annan utrustning om du inte är utbildad för att göra det på ett säkert sätt.

For use by Health Care Professionals Only

Child SCAT6™



Developed by: The Concussion in Sport Group (CISG)

Supported by:





Barnets namn: _____

ID nummer: _____ Födelsedatum: _____

Undersöknings-datum: _____ Skadedatum _____ Klockslag, skada: _____

Kön: pojke flicka Annat/vill ej uppge Dominant hand: vänster höger bådhänt

Idrott/lag/skola : _____ Årskurs i skolan: _____

Modersmål: _____ Föredraget språk: _____

Undersökare: _____

Hjärnskakningshistorik

Hur många diagnostiserade hjärnskakningar har barnet haft tid _____

När inträffade den senaste hjärnskakningen? _____

Huvudsakliga symtom?: _____

Hur länge var barnet borta från fullt deltagande i idrott efter den senaste hjärnskakningen? _____ (dagar)

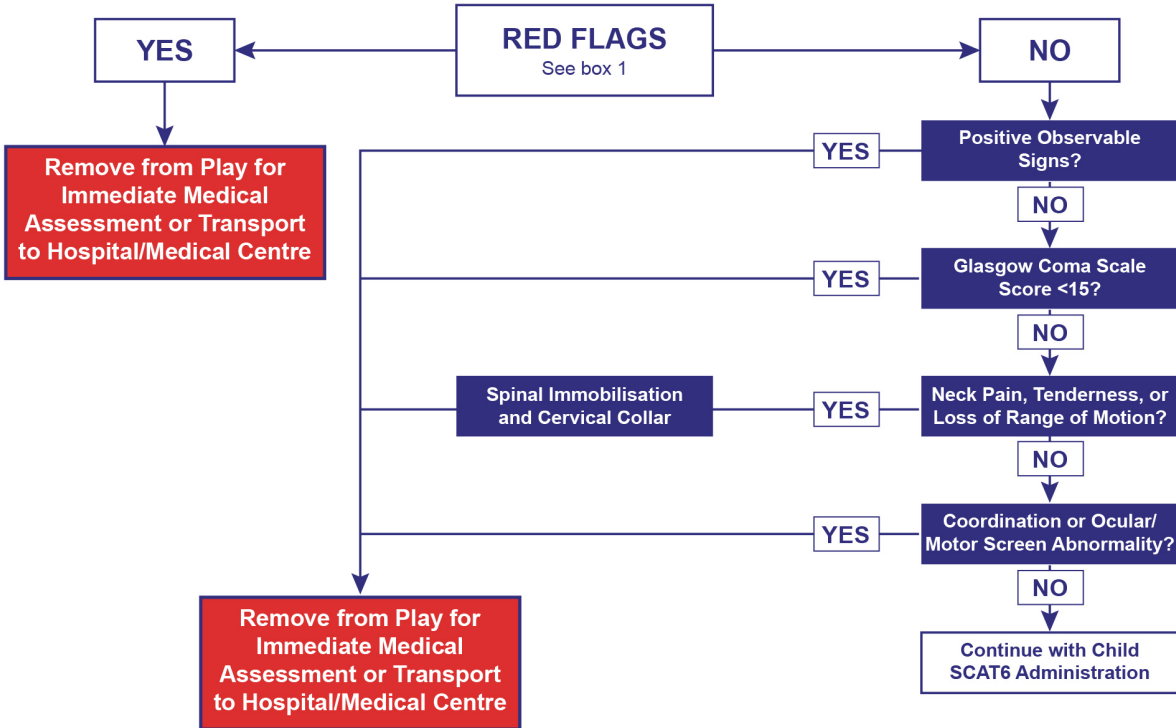
AKUT BEDÖMNING/NEUROLOGISK SCREENING (EJ NÖDVÄNDIGT VID FÖRSÄSONGSTEST)

Följande deltest bör utföras innan den kognitiva utvärderingen, för att utvärdera idrottare som misstänks ha hjärnskakning. Detta ska företrädesvis ske "på plats" efter det att första hjälpen och akuta insatser har genomförts.

Om några av de listade synliga tecknen på hjärnskakning observeras efter direkt eller indirekt våld mot huvudet, skall barnet på ett säkert sätt tas ur aktivitet och bedömas av legitimerad sjukvårdspersonal.

Beslut om transport till en sjukvårdsinrättning bör vara upp till läkare eller annan legitimerad sjukvårdsperson.

Glasgow Coma Scale (GCS) är viktig som ett standardiserat mått för alla patienter och kan upprepas över tid vid monitorering av medvetandegrad. Undersökning av nacken är också ett kritiskt steg i den akuta bedömningen.





Steg 1: Synliga tecken

Observerat Bedömning via video

Ligger orörlig på spelunderlaget	J	N
Faller oskyddat mot underlaget	J	N
Balans-/gångsvårigheter/okoordinerad motorik, ataxi: snubblar, rör sig långsamt eller mödosamt	J	N
Desorientering eller förvirring; stirrar eller har nedsatt svarstid/reaktionsförmåga; oförmögen att svara på frågor på ett adekvat sätt	J	N
Tom eller frånvarande blick	J	N
Ansiktsskada efter våld mot huvudet	J	N
Posttraumatiska skakningar	J	N
Olycksförlopp med hög risk (beroende på idrott)	J	N

Steg 2: Glasgow Coma Scale (GCS)

Normalt sett så beräknas GCS vid ett tillfälle. Vid monitorering används flera kolumner

Klockslag för bedömning:

Datum för bedömning:

Ögonöppning (Ö)

Ögonen hålls spontant öppna	4	4	4
Ögonen öppnas vid tilltal	3	3	3
Ögonen öppnas efter smärtstimulering	2	2	2
Ingen ögonöppning vid smärtstimulering	1	1	1

Svar på tilltal (T)

Fullt orienterad	5	5	5
Desorienterad/konfusionell	4	4	4
Reagerar på tilltal med enstaka ord	3	3	3
Reagerar på tilltal med oartikulerat ljud	2	2	2
Ingen reaktion på tilltal	1	1	1

Motorisk reaktion (M)

Lyder uppmaning adekvat	6	6	6
Lokaliserar smärta	5	5	5
Drar undan armen vid smärtstimulering av finger/nagelbädd	4	4	4
Armbågen böjs vid smärtstimulering	3	3	3
Armbågen sträcks vid smärtstimulering	2	2	2
Ingen reaktion vid smärtstimulering	1	1	1

Summera poängen:

**Maximal poäng för en helt vaken patient är 15 poäng.
Komatös patient får minst 3 poäng. core (Ö + T + M)**

Box 1: Varningsflaggor

- Smärta eller ömhet i nacken
- Krampstillstånd
- Dubbelseende
- Medvetslöshet
- Svaghet eller stickande/brännande känsla i armar eller ben
- Försämring av medvetandegrad
- Kräkning
- Svår eller ökande huvudvärk
- Tilltagande orolig, irriterad eller aggressiv
- Glasgow Coma Scale (GCS) <15
- Synlig deformitet av skallen

Steg 3: Undersökning av nacken

Om ett barn är medvetslöst eller mentalt frånvarande ska alla försiktighetsåtgärder vidtas som om att nackskada föreligger.

Är nacken smärtfri i vila?	J	N
Finns ömhet vid palpation?	J	N
Om INGEN smärta eller ömhet i vila: har barnet ett normalt och smärtfritt AKTIVT rörelseomfång?	J	N
Är styrka & känsel i extremiteter normala?	J	N

Steg 4: Koordination och ögonmotorik

Koordination: är finger-näs-test normalt för bägge händer? Med öppna såväl som sluta ögon?	J	N
Ögonmotorik: kan patienten titta sida-sida samt upp-ned med huvudet stilla utan att få dubbelseende?	J	N
Är ögonmotoriken i övrigt normal? Om inte, beskriv:	J	N



Bedömning utanför planen eller aktivitetsfältet

.OBS! Den neurokognitiva bedömningen skall göras i vila i en lugn miljö *efter* att AKUT BEDÖMNING/NEUROLOGISK SCREENING har slutförts.

Steg 1: Barnets bakgrund

Har barnet någonsin:

Vårdats på sjukhus på grund av skallskada (om ja, beskriv nedan)?	J	N
Diagnosticerats med eller behandlats för huvudvärk eller migrän?	J	N
Diagnosticerats med inlärningssvårighet eller dyslexi?	J	N

Diagnosticerats med ADHD eller annan neuropsykiatrisk diagnos?	J	N
Diagnosticerats med depression, ångest eller annan psykiatrisk åkomma?	J	N

Anteckningar:

Står barnet på några mediciner? Om ja, vilka?

Steg 2: Symtomutvärdering - barnets rapport

Försäsongstest: Efter skada/misstänkt skada: Tid sedan misstänkta skadan: min/tim/dagar

Barnet skall fylla i symtomskalan (nedan) efter att du givit instruktioner. Observera att instruktionerna är olika vid försäsongstest och vid utvärdering efter misstänkt eller konstaterad skada.

Försäsongstest, säg: "Välj den siffra som bäst stämmer med hur du normalt känner dig, där '1' betyder lite symtom och '3' mycket symtom"

Efter misstänkt eller konstaterad skada, säg: "Välj den siffra som bäst stämmer med hur du känner dig just nu, där '1' betyder lite symtom och '3' mycket symtom."

VÄNLIGEN GE FORMULÄRET TILL BARNET

Symtom	Inte alls/aldrig	Lite/sällan	Mellan/ibland	Mycket/ofta
Jag har huvudvärk, ont i huvudet	0	1	2	3
Jag känner mig yr	0	1	2	3
Det känns som att rummet snurrar	0	1	2	3
Det känns som att jag ska svimma	0	1	2	3
Jag ser suddigt	0	1	2	3
Jag ser dubbelt	0	1	2	3
Jag mår illa	0	1	2	3
Jag blir ofta trött	0	1	2	3
Jag blir lätt trött	0	1	2	3
Jag har svårt att koncentrera mig	0	1	2	3
Jag blir lätt distraherad	0	1	2	3
Jag har svårt att fokusera	0	1	2	3
Jag har svårt att komma ihåg vad folk säger till mig	0	1	2	3
Jag har svårt att följa instruktioner	0	1	2	3
Jag dagdrömmer för mycket	0	1	2	3
Jag blir förvirrad	0	1	2	3
Jag glömmer saker	0	1	2	3
Jag har svårt att göra färdigt saker	0	1	2	3
Jag har svårt att förstå saker	0	1	2	3
Det är svårt för mig att lära mig nya saker	0	1	2	3
Min nacke gör ont	0	1	2	3

Förräddas symptomen vid fysisk aktivitet?	Ja	Nej
Förräddas symptomen när du försöker tänka?	Ja	Nej



Steg 2: Symtomutvärdering - barnets rapport (fortsättning)

Övergripande bedömning för barnet att svara på:

På en skala från 0 till 10 (där 10 är så som du brukar må), hur mår du nu?

Mycket dåligt

Mycket bra

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Om inte 10, på vilket sätt känner du dig annorlunda?

VÄNLIGEN LÄMNA TILLBAKA FORMULÄRET TILL DEN SOM UNDERSÖKER DIG

Barnets rapport: Totalt antal symptom: av 21 Svårighetsgrad: av 63

Steg 2: Bedömning av symptom - Föräldrarnas rapport

VÄNLIGEN GE FORMULÄRET TILL FÖRÄLDER/VÅRDNADSHAVARE

Barnet..	Inte alls/aldrig	Lite/sällan	Ibland/ ganska mycket	Mycket/ofta
har huvudvärk	0	1	2	3
känner sig yr	0	1	2	3
känner att rummet snurrar	0	1	2	3
känner sig nära att svimma	0	1	2	3
ser suddigt	0	1	2	3
ser dubbelt	0	1	2	3
mår illa	0	1	2	3
blir ofta trött	0	1	2	3
blir lätt trött	0	1	2	3
har svårt att behålla uppmärksamheten	0	1	2	3
blir lätt distraherad	0	1	2	3
har svårt att koncentrera sig	0	1	2	3
har problem med att komma ihåg vad hen blir tillsagd	0	1	2	3
har svårt att följa instruktioner	0	1	2	3
tenderar att dagdrömma	0	1	2	3
blir förvirrad	0	1	2	3
är glömsk	0	1	2	3
har svårt att slutföra uppgifter	0	1	2	3
har svårt att lösa problem	0	1	2	3
har svårt att lära sig	0	1	2	3
har nacksmärtor	0	1	2	3

Förvärras symptomen med fysisk aktivitet? Ja Nej

Förvärras symptomen när barnet försöker tänka? Ja Nej

Övergripande bedömning för förälder/lärare/tränare/omsorgsperson att svara på:

På en skala från 0 till 100% (där 100% är normalt), hur skulle du bedöma barnet nu?

Om inte 100%, på vilket sätt är barnet annorlunda?

VÄNLIGEN GE TILLBAKA FORMULÄRET TILL UNDERSÖKAREN

Föräldrarnas rapport: Totalt antal symptom: av 21 Svårighetsgrad: of 63



Steg 3: Kognitiv Screening (Baserat på "Standardized Assessment of Concussion", SAC)

ARBETSMINNE

Alla tre omgångar måste genomföras oavsett antalet rätt på första omgången. Läs upp orden med en hastighet av ungefär ett ord per sekund med en monoton röst.

Omgång 1: Säg "Jag kommer nu att testa ditt minne. Jag kommer att läsa upp en lista med 10 ord, och när jag är klar ska du upprepa så många av orden som du kan, i vilken ordning som helst."

Omgång 2: Säg "Jag kommer nu att upprepa samma lista på 10 ord. Upprepa så många ord som du kan i vilken ordning som helst, även om du sa ordet under förra omgången."

Använd ordlista: A B C

Alternativa listor

Lista A	Test 1	Test 2	Test 3	Lista B	Lista C
Finger	0 1	0 1	0 1	Barn	Jacka
Pengar	0 1	0 1	0 1	Apa	Pil
Kudde	0 1	0 1	0 1	Lukt	Salt
Citron	0 1	0 1	0 1	Sol	Byxa
Fluga	0 1	0 1	0 1	Boll	Film
Lampa	0 1	0 1	0 1	Arm	Kronor
Papper	0 1	0 1	0 1	Äpple	Honung
Socker	0 1	0 1	0 1	Matta	Spegel
Kaka	0 1	0 1	0 1	Styre	Sadel
Cykel	0 1	0 1	0 1	Bubbla	Båt
Totalpoäng					

Klockslag när sista omgången avslutades:

Poäng arbetsminne

av 30

KONCENTRATION

Siffror baklänges:

Läs upp med en hastighet av ungefär en siffra per sekund med en monoton röst och läs NEDÅT i den valda kolumnen.

Säg: "Jag kommer att läsa upp en rad siffror och när jag är klar så ska du upprepa du dem för mig men i omvänd ordning. Till exempel om jag säger 7-1-9, så ska du säga 9-1-7. Så, om jag säger 9-6-8, vad ska du säga? (8-6-9)"

Använd sifferlista: A B C

Lista A	Lista B	Lista C	Ja	Nej	0	1
5-2	4-1	4-9	Ja	Nej	0	1
4-1	9-4	6-2	Ja	Nej	0	1
4-9-3	5-2-6	1-4-2	Ja	Nej	0	1
6-2-9	4-1-5	6-5-8	Ja	Nej	0	1
3-8-1-4	1-7-9-5	6-8-3-1	Ja	Nej	0	1
3-2-7-9	4-9-6-8	3-4-8-1	Ja	Nej	0	1
6-2-9-7-1	4-8-5-2-7	4-9-1-5-3	Ja	Nej	0	1
1-5-2-8-6	6-1-8-4-3	6-8-2-5-1	Ja	Nej	0	1
7-1-8-4-6-2	8-3-1-9-6-4	3-7-6-5-1-9	Ja	Nej	0	1
5-3-9-1-4-8	7-2-4-8-5-6	9-2-6-5-1-4	Ja	Nej	0	1
Poäng						av 5



Steg 3: Kognitiv Screening (forts.)

Dagar baklänges:

Säg: "Nu vill jag att du räknar upp veckans dagar i omvänd ordning så snabbt och noggrant som möjligt. Börja med sista veckodagen och gå baklänges. Så, du ska alltså säga söndag, lördag... Varsågod och börja."

Starta tidtagning och RINGA IN varje korrekt svar:

Söndag Lördag Fredag torsdag Onsdag Tisdag Måndag

Tid att slutföra testet (sekunder):

Antal fel:

1 poäng om felfritt och slutfört under 30 sekunder

Poäng: av 1

Totalpoäng koncentration (siffror + dagar) av 6

Steg 4: Koordinations- och balansundersökning

"Modified Balance Error Screening System" (mBESS)³ testning

(Se detaljerade instruktioner för utförande)

Testad fot Vänster Höger (det vill säga den icke-dominanta foten)

Testunderlag (golv, gräsplan, etc.):

Fotbeklädnad (skor, barfota, skydd, tejp, etc.):

VALFRITT (beroende på klinisk presentation och tillgängliga resurser): För en grundligare bedömning kan samma 3 ställningar utföras på en medelmjuk skumdyna (ca 50 cm x 40 cm x 6 cm) med samma instruktion och poängsättning.

Modifierad BESS (20 sekunder vardera)

Stå på två ben: av 10

Tandem-stående: av 10

Stå på ett ben: av 10

Totalt antal fel: av 30

På mjuk skumdyna (valfritt test)

Stå på två ben: av 10

Tandem-stående: av 10

Stående på ett ben: av 10

Totalt antal fel: av 30

Fotnot: Om mBESS ger negativa eller tvetydiga resultat - gå vidare till Tandem-gång/Komplex/Simultan tandem-gång. Om mBESS visar kliniskt signifikanta svårigheter så är Tandem-gång inte nödvändigt att utföra.

Tandemgång på tid

Skapa en 3 meter lång linje på golvet/plan yta med sporttejp. Uppgiften ska utföras på tid.

Säg: "Gå häl-mot-tå snabbt till slutet av tejp, vänd och kom tillbaka så snabbt du kan utan att varken förlänga avståndet mellan fötterna, eller gå vid sidan av linjen."

Enkel uppgift:

Tid för att fullborda Tandem-gång (sekunder)				
Försök 1	Försök 2	Försök 3	Genomsnitt, 3 försök	Snabbaste försöket
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Steg 5: Fördröjt arbetsminne

Detta test ska utföras när minst 5 minuter har gått sedan testet för arbetsminne utfördes. Varje korrekt svar ger 1 poäng.

Säg: "Kommer du ihåg att jag läste upp en lista med 10 ord några gånger tidigare? Upprepa så många ord som du kan komma ihåg från den listan, i vilken ordning som helst.

Starttid:

Använd ordlista: A B C

Alternativa Listor

Lista A	Poäng	Lista B	Lista C
Finger	0 1	Barn	Jacka
Pengar	0 1	Apa	Pil
Kudde	0 1	Lukt	Salt
Citron	0 1	Sol	Byxa
Fluga	0 1	Boll	Film
Lampa	0 1	Arm	Kronor
Papper	0 1	Äpple	Honung
Socket	0 1	Matta	Spegel
Kaka	0 1	Styre	Sadel
Cykel	0 1	Bubbla	Båt
Poäng, fördröjt arbetsminne	av 10		

Om barnet är känt för dig sedan tidigare, betar hon/han sig annorlunda från sitt normala jag?

Ja Nej Ej aktuellt (Om barnet betar sig annorlunda, beskriv på vilket sätt i "kliniska anteckningar")

Steg 6: Bedömning

Område	Datum:	Datum:	Datum:
Akut bedömning/ neurologisk screening	Normal/Onormal	Normal/Onormal	Normal/Onormal
Antal symtom (av 21) Barnets rapport Föräldrarnas rapport			
Svårighetsgrad på symtom (av 63) Barnets rapport Föräldrarnas rapport			
Arbetsminne (av 30)			
Koncentration (av 6)			
Fördröjt arbetsminne (av 10)			
Bedömning av kognition (av 46)			
mBESS, totalt antal fel (av 30)			
Tandemgång, snabbaste tid			
Komplex Tandemgång, totalpoäng			
Simultantgång, snabbaste tid			

Sammanfattande bedömning

Hjärnskakning diagnosticerad? Ja Nej Ej bedömbart

Om detta är en uppföljning, har barnet förbättrats? Ja Nej

Beskriv:



Hälsa- och sjukvårdsintyg

Jag är läkare/legitimerad sjukvårdspersonal, och jag har personligen genomfört eller handlett detta ChildSCAT6

Namn:

Underskrift:

Titel/specialitet:

Registrerings-/licensnummer (om tillämbart):

Datum:

Ytterligare kliniska anteckningar:

OBS! Poäng på Child SCAT6 skall inte användas som en fristående metod för att diagnosticera hjärnskakning, utvärdera återhämtning eller för att fatta beslut om ett barns möjlighet att återvända till idrott efter hjärnskakning. **Kom ihåg: ett barn kan ha hjärnskakning även om Child SCAT6-bedömningen är normal!** När det är möjligt bör resultaten av Child SCAT6 följa med barnet till uppföljande kliniska bedömningar.