**Formulár WT o pozastavení zdravotnej starostlivosti v prípade otrasu/vyradenia**

* ***Indikácia: Každý športovec s diagnózou otrasu mozgu alebo úrazu hlavy, ktorú stanovil poverený lekár WT alebo OMD počas súťaže***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dátum** |  | **Čas** |  |
| **Súťaž** |  | | |
| **Celé meno zraneného športovca** |  | | |
| **Štátna príslušnosť** |  | **WT GAL č.** |  |
| **Kategória hmotnosti** |  | **Sex** |  |
| **Povaha úrazu hlavy** |  | | |
| **Liečba** |  | | |

**※ Prosím, pošlite (1) lekárske potvrdenie a (2) formulár SCAT 5 k tomuto potvrdeniu) na športové oddelenie WT** [*(*](mailto:sport@worldtaekwondo.org)*sport@worldtaekwondo.org)* **a predsedovi lekárskej komisie WT** [*(*](mailto:dhjeong15@gmail.com)dhjeong15@gmail.com)**, aby ste boli uvoľnení z pozastavenia činnosti a mohli pokračovať v** súťaži.

|  |
| --- |
| Váš športovec pán/paní utrpel/-a vážne zranenie hlavy (alebo knockdown h) od súpera počas kola . V súlade s Lekárskym kódexom WT každý športovec, ktorý nemôže pokračovať v zápase v dôsledku (1) straty vedomia dlhšej ako 10 sekúnd knockdownom, (2) neschopnosti úplne sa zotaviť z úrazu hlavy a pokračovať v zápase do jednej minúty od lekárskeho vyšetrenia na podložke alebo (3) príznakov alebo symptómov, ktoré naznačujú otras mozgu na základe neurologického vyšetrenia vrátane SCAT5, dostane povinné lekárske vylúčenie.  Preto má podľa Lekárskeho poriadku WT od dnešného dňa [30 (senior)/40 (junior)/50 (kadet)] dní zdravotného dištancu a počas dištancu sa nesmie zúčastniť žiadnej súťaže.  Aby mohol športovec pokračovať v súťaži, musí absolvovať formálne následné vyšetrenie na neurologické vyšetrenie a vyšetrenie otrasu mozgu, dostať od lekára (buď neurológa, alebo certifikovaného špecialistu na otras mozgu) potvrdenie o zdravotnom stave, ktoré musí byť zaslané na športové oddelenie WT (sport@worldtaekwondo.org[)](mailto:sport@worldtaekwondo.org) a predsedovi lekárskej komisie WT [(dhjeong15@gmail.com)](mailto:dhjeong15@gmail.com).  Lekársky predseda WT preskúma list a rozhodne o schválení povolenia, o čom bude informovaný e-mailom. |
| Úradný lekársky riaditeľ / poverený lekár WT   * Názov: * Podpis: * Dátum: |

**[Vzor lekárskeho povolenia na návrat do súťaže]**

Ja, podpísaný lekár so špecializáciou v odbore neurológia (alebo certifikovaný špecialista na otrasy mozgu), potvrdzujem, že som vyšetril

(Nationality) athlete, Mr/Ms . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .who had a (head injury or concussion) on (DD/MM/YY) at (name of competition) by (explain the mechanism of injury, such as kicking, fall on head, etc).

Dnes bolo vykonané komplexné fyzikálne a neurologické vyšetrenie.

V súčasnosti nemá žiadne neurologické abnormality ani príznaky naznačujúce otras mozgu. Preto potvrdzujem, že športovec sa úplne zotavil z otrasu mozgu (alebo úrazu hlavy) a môže sa vrátiť do súťaže po ukončení povinnej lekárskej suspenzie.

Dátum návštevy

Meno lekára

Podpis

Odbornosť lekára (musí byť neurológ alebo špecialista na otrasy mozgu)

Adresa nemocnice (alebo ordinácie) potvrdzujúceho lekára