

سوابق إصابات الدماغ الرضحية (من OSU TBI-ID) وإصابات الدماغ المكتسبة الأخرى منذ الولادة

1.	2.	3.	4.
<p>يُرجى تذكر الإصابات التي تعرضت لها منذ ولادتك، وخاصة تلك التي أثرت على رأسك أو رقبتك. قد يكون من المفيد تذكر المرات التي ذهبت فيها إلى المستشفى أو قسم الطوارئ. تذكر الإصابات التي ربما قد تكون تعرضت لها بسبب تحطم سيارة أو دراجة نارية أو حادث تصادم دراجة أو ارتطامك بشيء ما أو سقوطك أو ضربك شخص ما أو أثناء ممارسة الرياضة أو الإصابة أثناء الخدمة العسكرية.</p>	<p>هل سبق أن مررت بفترة من الوقت تعرضت فيها لحوادث ارتطام متعددة ومتكررة بالرأس (على سبيل المثال سوابق إساعة معاملة أو ممارسة رياضات التحامية أو خدمة عسكرية)؟</p>	<p>هل فقدت الوعي من قبل بسبب جرعة مخدرات زائدة أو التعرض للاختناق؟</p>	<p>هل سبق أن أخبرك طبيب أو أخصائي صحي آخر بإصابتك بأي مما يلي؟</p>
<p>أ. تذكر أي إصابات تعرضت لها منذ ولادتك، هل سبق وتعرضت للإغماء أو فقدان الوعي؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p> <p><input type="checkbox"/> لا (إذا كانت الإجابة "لا"، انتقل إلى السؤال 2)</p> <p>ب. ما أطول مدة تعرضت فيها للإغماء أو فقدان الوعي؟ (اختر خيارًا واحدًا فقط؛ إن لم تكن متأكدًا، يُرجى اختيار أفضل تخمين).</p> <p><input type="checkbox"/> تعرضت للإغماء أو فقدان الوعي لمدة أقل من 30 دقيقة</p> <p><input type="checkbox"/> تعرضت للإغماء أو فقدان الوعي لمدة تتراوح من 30 دقيقة إلى 24 ساعة</p> <p><input type="checkbox"/> تعرضت للإغماء أو فقدان الوعي لمدة 24 ساعة أو أكثر</p> <p>ت. كم كان عمرك عندما تعرضت للإغماء أو فقدان الوعي لأول مرة؟</p> <p>_____ عام</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم</p> <p><input type="checkbox"/> لا (إذا كانت الإجابة "لا"، انتقل إلى السؤال 3)</p> <p>أ. كم كان عمرك عندما بدأت هذه الإصابات المتكررة؟</p> <p>_____ عام</p> <p>ب. كم كان عمرك عندما توقفت هذه الإصابات المتكررة؟</p> <p>_____ عام</p>	<p><input type="checkbox"/> نعم</p> <p><input type="checkbox"/> لا (إذا كانت الإجابة "لا"، انتقل إلى السؤال 4)</p> <p>أ. كم مرة بسبب جرعة مخدرات زائدة؟</p> <p>_____ جرعة (جرعات) زائدة</p> <p>ب. كم مرة بسبب الاختناق؟</p> <p>_____ حادثة اختناق</p>	<p><input type="checkbox"/> الصرع أو النوبات المرضية؟</p> <p><input type="checkbox"/> سكتة دماغية أو مرض وعائي دماغي أو نوبة إقفارية عابرة</p> <p><input type="checkbox"/> ورم دماغي</p> <p><input type="checkbox"/> وذمة الدماغ (ورم مائي)</p> <p><input type="checkbox"/> تأثيرات سامة أو التسمم بفعل مواد</p> <p><input type="checkbox"/> عدوى مثل التهاب السحايا أو التهاب الدماغ</p> <p><input type="checkbox"/> نزف أو نزيف دماغي</p> <p><input type="checkbox"/> متلازمة سوء معاملة البالغين أو الأطفال</p> <p><input type="checkbox"/> عدم وصول الأكسجين إلى الدماغ - على سبيل المثال عندما توقفت عن التنفس أو كنت على وشك الغرق أو تعرضت للاختناق</p>

تفسير النتائج

لا تعتمد صلاحية هذه الأداة على استخلاص عملية محاسبية مثالية لسوابق إصابة الشخص بإصابة في الدماغ منذ ولادته. وإنما توفر الأداة وسيلة لتقدير احتمالية وجود عواقب ناجمة عن التعرض لهذه الإصابات منذ الولادة.

أكمل هذا الفحص لتحديد ما إذا كان الشخص قد تعرض لإصابة في الدماغ. من المهم تذكر أن نتيجة هذا الفحص لا تُعتبر تشخيصًا، وليس المقصود منه استخدامه لتحديد الأهلية ولا يحل محل التقييم والتقييم الشخصي بمعرفة أخصائي مُدرَّب. يجب معاملة هذه المعلومات على أنها معلومات صحية محمية. قد يتم تحليل البيانات غير محددة الهوية بهدف تقييم البرنامج.

- قد يكون الشخص أكثر عرضة لحدوث مشكلات مستمرة إذا كان لديه أي مما يلي:
- الأسوأ: إصابة واحدة رضحية بالدماغ تكون متوسطة أو شديدة
 - الأول: إصابة رضحية بالدماغ مع أي حالة فقدان للوعي قبل بلوغ العمر 15 عامًا
 - مصادر أخرى: أي إصابة رضحية بالدماغ مقترنة بسبب آخر يُضعف وظائف الدماغ