



## CONCUSSION EVALUATION SHEET

Athlete: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Event: \_\_\_\_\_ Estimated Time of Injury: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ am pm

SIGNS & SYMPTOMS	TIME 1 ____:____	TIME 2 ____:____	TIME 3 ____:____	TIME 4 ____:____	TIME 5 ____:____
Neck Pain	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -
Loss of Consciousness	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -
Memory Problems	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -
Dizziness	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -
Headache or Ringing in Ears	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -
Nausea or Vomiting	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -
Strength Loss	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -
Numbness or Tingling	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -
Poor Balance or Coordination	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -
Change in Vision or Eyes	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -
Change in Affect or Demeanor	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -	Y N + -

<b>CLEARED?</b>	To Participate Today?	Yes	No
	To Return Home?	Yes	No
Time: _____:_____ am pm By: _____			
Scheduled follow-up / referral: _____			
Warning Sheet Given: Yes No By: _____			

<b>TO HOSPITAL?</b>	Yes	No	Time: _____:_____ am pm
By / With: _____			
Notification of: _____ Athlete's Parents			
_____ Athletic Director			
_____ Principal			