

**OXNARD UNION HIGH SCHOOL DISTRICT**

ACHS 805-389-6402	CIHS 805-484-6321	FHS 805-278-2929	HHS 805-385-5726	OHS 805-278-1853	PHS 805-278-5008	RCHS 805-394-4752	RMHS 805-278-5519
----------------------	----------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------	----------------------

Health Services  
**Seizure Management Care Plan**

**Part 1: Physician Prescription/Authorization-** (Must accompany Parent Request form attached)

Name of student: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

**Seizure Information:**

Triggers/Warning signs: \_\_\_\_\_

Type/Description: \_\_\_\_\_

Length: \_\_\_\_\_

Post Seizure Response: \_\_\_\_\_

Check applicable	Please complete instruction for health care services to be performed
<input type="checkbox"/> <b>Standard First Aid for Seizure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Protect from injury; do not restrain</li> <li>* Monitor airway and breathing</li> <li>* Document; notify school nurse</li> <li>* <b>Call 9-1-1 if:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- seizure lasts longer than 5 minutes, unless instructed otherwise below</li> <li>- for breathing difficult or repeated seizures</li> <li>- if seizure activity is different from other episodes</li> <li>- if student has not regained consciousness, or having unusual or other serious problems</li> </ul> </li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Vagus Nerve Stimulation (VNS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Indicate when to swipe magnet over stimulator on chest: _____</li> <li>* For what type of seizure: _____</li> <li>* Swipe again if seizure continues for ____ minutes</li> <li>* Call 9-1-1 if seizure does not stop in ____ minutes</li> <li>* Tape magnet in place over stimulator to turn it off in case of _____</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Valtoco</b>  <input type="checkbox"/> <b>Nayzilam</b>  <b>(Medication Authorization form must be completed)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>Detailed seizure description</b> of symptoms: frequency, type, or length of seizure that identifies when to administer: _____ (stiffness and shaking, facial twitching, tongue thrusting)</li> <li>* <b>Circumstances</b> under which medication may be administer: _____ (for seizure lasting longer than 5 minutes, or a seizure cluster lasting longer than 1 hour)</li> <li>* <b>Potential adverse response</b> or side effects, and action recommended: _____</li> <li>* Call <b>9-1-1</b> when : _____</li> </ul>

I authorize the seizure interventions noted above and determine that these school health services are routine for the student, pose little harm, can be performed with predictable outcomes and do not require nursing assessment, interpretation or decision making by unlicensed school personnel. A school nurse may or may not be present when the service is provided. A credentialed school nurse will train and monitor school staff's provision of these services. This authorization is good for one year or further notice.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Physician Signature) (Printed Name) (Date)

\_\_\_\_\_  
(Address)

# Seizure Management Care Plan

## Parent Authorization

### Part 2: Parent/Guardian Request -- (Must accompany Physician Prescription/Authorization form)

Name of Child: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ I/we request that the medication and/or specialized physical health care service authorized on the opposite side of this page be administered to our child in accordance with *Education Code* Section 49423.5. and 49414.7 We understand that the school administrator will designate a unlicensed qualified person(s) to provide the health care service under the supervision of a qualified school nurse, public health nurse, or qualified licensed physician or surgeon. Emergency Anti-seizure medication (example: Ativan) requires the solicitation for volunteers of unlicensed qualified staff. Furthermore, Title 5 of the California Code of Regulations section 3051.12(b)(1) does not require the school nurse to be physically present at all times with the student, but requires the school nurse to train and monitor school personnel who provide specialized physical health care services.

I, (we), understand and agree to the following:

- This service must be authorized by our physician (opposite side of this page)
- We are responsible for providing all necessary medications, supplies and equipment, correctly labeled, with proper directions for use at school.
- Expired medication will not be administered and 911 will be called in the event of a seizure that meets criteria for the use of emergency seizure medication
- We will notify the school immediately if our child's health status changes, we change physicians, or the medication/procedure is changed or discontinued

We will notify the school if Lorazepam or other emergency seizure medication was given within the past four hours on a regular school day or if our child's seizure pattern changes

- Any change in procedures must be re-authorized in writing from the physician
- Our doctor will review and must authorize the services and will have an opportunity to indicate any special instructions or modifications of standard procedures
- During transportation on school bus, first aid for seizures will be administered by the bus driver. No medication/procedure will be provided by the bus driver
- 911 will be called anytime emergency anti-seizure medication is administered by non-licensed medical personnel

We understand that the school is unable to perform this service until physician authorization has been received. The school is authorized to call for emergency medical services for my child whenever the need for such services are deemed necessary. I/we agree to, and do hereby hold the District and its employees harmless for any and all claims, demands, causes of action, liability or loss of any sort, because of or arising out of acts or omissions with respect to the medications and/or services authorized. I/we hereby give consent for a school nurse to communicate with my child's physician and counsel school personnel as needed with regard to the medication and/or service.

Parent /Guardian signature

Date

**Manejo de Convulsiones**  
(Seizure Management Parent Authorization)

**Parte 2: Solicitud del Padre/Madre/Guardián-(Tiene que ir adjunto al formulario Physician Prescription/Authorization)**

Yo, (nosotros), el/la/los abajo firmado(s), padre y/o madre/guardián(es) de:

Nombre del niño/niña: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Pido/pedimos que se le aplican a mi/nuestro hijo u hija los servicios especializados para el cuidado de la salud física autorizados al otro lado de esta hoja de acuerdo con el Código Educativo Sección 49423.5. Entendemos que el/la director/administrador escolar nombrará a una(s) persona(s) calificada(s) quien(es), de acuerdo con el Código Educativo Sección 49423.5, proporcionará(n) los servicios para el cuidado de la salud y que cual(es)quier persona(s) calificada(s) nombradas sin licencia que realice(n) los servicios lo hará(n) bajo la supervisión de una enfermera escolar o enfermera de salud pública calificada o un/una medico o cirujano calificado y con licencia . Además, el Título 5 del Código de Reglamentos de California sección 3051.12(b)(1) no obliga a la enfermera escolar estar siempre presente con el/la estudiante, pero obliga a la enfermera escolar capacitar y hacer seguimiento del personal escolar que sean proveedores de los servicios especializados para el cuidado de la salud física.

Yo, (nosotros), entiendo(entendemos) y doy(damos) mi(nuestro) consentimiento al siguiente:

- Estos servicios tienen que tener la autorización de nuestro doctor(a) hallada al otro lado de esta hoja.
- A nosotros nos toca la responsabilidad de proveer todos los medicamentos, materiales y equipo necesarios, con etiquetas correctas y con direcciones correctas para su uso en la escuela.
- Avisaremos inmediatamente a la escuela si haya cambio alguno en el estado de salud de nuestro hijo(hija), cambio de doctor, o si haya cambio alguno en o interrupción del procedimiento.

**Avisaremos a la escuela si a hijo u hija se le haya administrado en casa después del ultimo día escolar o el Lorazepam u otros medicamentos de emergencia para convulsiones o si haya cambios en el patrón de las convulsiones de nuestro hijo/a.**

- Avisaremos a la escuela de cualquier cambio en los medicamentos de nuestro hijo u hija
- Hay que tener una re-autorización por escrito del doctor(a) para cualquier cambio de procedimiento
- Nuestro médico tiene que llevará una evaluación y autorización de los servicios, más se le extenderá al médico la oportunidad de indicar instrucciones especiales cualesquiera o modificaciones al los procedimientos estándares
- Tiene que estar vigente el consentimiento del padre/madre/guardián para la comunicación del personal escolar con el/la medico de mi hijo u hija (la enfermera escolar proveerá el formulario)
- Durante el transporte en el camión escolar, el/la chofer administrará los primeros auxilios en caso de convulsión y llamará al "9-1-1", siempre que no haya otro arreglo.

Entendemos que la escuela no puede proveer este servicio hasta recibir la autorización del doctor(a). La escuela tiene la autorización de mandar pedir servicios de emergencia para mi hijo u hija siempre que se haya determinado necesario la necesidad de tales servicios. La escuela no puede aceptar una autorización de "no hacer nada" o "no code (no resucitar)". Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo con, y por consiguiente dejo/dejamos a salvo al Distrito y sus empleados de cualquier y toda reclamación, demanda, causa o derecho de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo debido a o partiendo de hechos u omisiones con respeto a los medicamentos y/o servicios autorizados. Yo/nosotros por consiguiente doy/damos consentimiento a la comunicación de una enfermera escolar con el/la médico de mi hijo u hija y a su asesoramiento del personal escolar como necesario tocante los medicamentos y/o servicios.

/

**Firma del padre y madre/guardián**

**Fecha**