

# SEIZURE ACTION PLAN (SAP)



Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Emergency Contact/Relationship \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

## Seizure Information

Seizure Type	How Long It Lasts	How Often	What Happens

### How to respond to a seizure (check all that apply)

- First aid – **Stay. Safe. Side.**
- Give rescue therapy according to SAP
- Notify emergency contact
- Notify emergency contact at \_\_\_\_\_
- Call 911 for transport to \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

### First aid for any seizure

- STAY** calm, keep calm, **begin timing seizure**
- Keep me **SAFE** – remove harmful objects, don't restrain, protect head
- SIDE** – turn on side if not awake, keep airway clear, don't put objects in mouth
- STAY** until recovered from seizure
- Swipe magnet for VNS
- Write down what happens \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

### When to call 911

- Seizure with loss of consciousness longer than 5 minutes, not responding to rescue med if available
- Repeated seizures longer than 10 minutes, no recovery between them, not responding to rescue med if available
- Difficulty breathing after seizure
- Serious injury occurs or suspected, seizure in water

### When to call your provider first

- Change in seizure type, number or pattern
- Person does not return to usual behavior (i.e., confused for a long period)
- First time seizure that stops on its' own
- Other medical problems or pregnancy need to be checked

### When rescue therapy may be needed:

#### WHEN AND WHAT TO DO

If seizure (cluster, # or length) \_\_\_\_\_

Name of Med/Rx \_\_\_\_\_ How much to give (dose) \_\_\_\_\_

How to give \_\_\_\_\_

If seizure (cluster, # or length) \_\_\_\_\_

Name of Med/Rx \_\_\_\_\_ How much to give (dose) \_\_\_\_\_

How to give \_\_\_\_\_

If seizure (cluster, # or length) \_\_\_\_\_

Name of Med/Rx \_\_\_\_\_ How much to give (dose) \_\_\_\_\_

How to give \_\_\_\_\_

## Care after seizure

What type of help is needed? (describe) \_\_\_\_\_

When is person able to resume usual activity? \_\_\_\_\_

## Special instructions

First Responders: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emergency Department: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Daily seizure medicine

Medicine Name	Total Daily Amount	Amount of Tab/Liquid	How Taken (time of each dose and how much)

## Other information

Triggers: \_\_\_\_\_

Important Medical History \_\_\_\_\_

Allergies \_\_\_\_\_

Epilepsy Surgery (type, date, side effects) \_\_\_\_\_

Device:  VNS  RNS  DBS Date Implanted \_\_\_\_\_

Diet Therapy  Ketogenic  Low Glycemic  Modified Atkins  Other (describe) \_\_\_\_\_

Special Instructions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Health care contacts

Epilepsy Provider: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Primary Care: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Preferred Hospital: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Pharmacy: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

*My signature* \_\_\_\_\_ *Date* \_\_\_\_\_

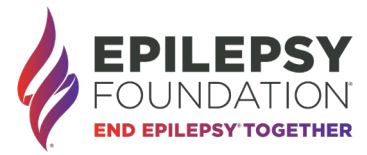
My signature indicates that I request MISD staff to administer the above medication to my child and I am giving permission for MISD staff to contact the physician for additional information, if needed.

*Provider signature* \_\_\_\_\_ *Date* \_\_\_\_\_

Reviewed and accepted as IHP for current school year only. RN Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Epilepsy.com

# PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación/parentesco: \_\_\_\_\_

## Información Acerca de las Crisis Epilépticas

Tipo de Crisis	Cuánto Dura	Con qué Frecuencia	Qué Sucede Durante la Crisis

### Cómo responder a una crisis epiléptica (marque todas las opciones que apliquen)

- Primeros Auxilios – **Permanezca. A Salvo. De Lado.**
- Dar el medicamento de rescate, de acuerdo con el plan de acción
- Notificar a la persona en caso de emergencia
- Notificar a la persona en caso de emergencia a: \_\_\_\_\_
- Llamar al 911 para transporte a: \_\_\_\_\_
- Otras Notas: \_\_\_\_\_



## Primeros Auxilios para Cualquier Crisis Epiléptica

- PERMANEZCA** calmado, empiece a **tomar el tiempo de la crisis epiléptica**
- Manténgame **A SALVO** – aleje objetos peligrosos, no me sujete, proteja mi cabeza
- Acuésteme **DE LADO** si no estoy despierto(a) o consciente, no obstruya vías respiratorias, ni ponga cosas en la boca
- PERMANEZCA** hasta que me recupere de la crisis
- Deslice el imán del aparato para la estimulación del nervio vago (VNS)
- Anote que pasa \_\_\_\_\_
- Otras notas \_\_\_\_\_

### Cuándo llamar al 911

- Crisis epilépticas con pérdida del conocimiento de más de 5 minutos, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- Crisis epilépticas que se repiten y duran más de 10 minutos, sin recuperación entre crisis, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- Problemas de respiración después de la crisis epiléptica
- Si ocurren (o sospecha que puede haber) lesiones graves, crisis epilépticas bajo el agua

### Cuándo llamar primero a su médico

- Cambios en el tipo, cantidad o forma de las crisis
- La persona no regresa a su comportamiento normal (por ejemplo, está confundida por largo tiempo)
- Primera vez que tiene una crisis epiléptica que acaba sola
- Otros problemas de salud o embarazo que necesiten revisión



## Quando un medicamento de rescate sea necesario:

### CUÁNDO Y QUÉ HACER

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Cuánto hay que dar (dosis) \_\_\_\_\_

Cómo dar el medicamento \_\_\_\_\_

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Cuánto hay que dar (dosis) \_\_\_\_\_

Cómo dar el medicamento \_\_\_\_\_

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Cuánto hay que dar (dosis) \_\_\_\_\_

Cómo dar el medicamento \_\_\_\_\_

## Cuidados después de una crisis epiléptica

Qué tipo de cuidados necesita (incluya detalles) \_\_\_\_\_

Cuándo puede la persona regresar a sus actividades de rutina \_\_\_\_\_

## Instrucciones Especiales

Personal de Primeros Auxilios: \_\_\_\_\_

Departamento de Emergencia: \_\_\_\_\_

## Medicamentos Para las Crisis Diarias

Nombre del Medicamento	Cantidad Diaria	Cantidad del Líquido/Tableta	Cómo Toma el Medicamento (cantidad y hora de cada dosis)

## Otra Información

Qué cosas provocan sus crisis epilépticas: \_\_\_\_\_

Importante historial médico: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirugías para controlar su epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): \_\_\_\_\_

Aparatos:  Estimulación del nervio vago (VNS)  Neuroestimulación Sensible (RNS)  
 Estimulación Cerebral Profunda (DBS) Fecha del implante \_\_\_\_\_

Terapia Dietética:  Dieta Cetogénica  Dieta de Bajo Índice Glucémico  Dieta Atkins (baja en carbohidratos)  
 Otra (más detalles) \_\_\_\_\_

Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_

## Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la epilepsia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de salud general: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Mi firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Con mi firma aquí indico que solicito que personal de MISD suministre el medicamento arriba mencionado a mi hijo y doy mi permiso para que MISD hable con el médico para más información, si es necesario.

Firma de mi médico: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_