

Seizure Management and Treatment Plan Form



This form is designed to help create a plan for managing student seizures. It consists of questions about seizure history, medications, precautions, and other considerations. This form should be completed jointly by the student's parents and treating physician and provided to the campus nurse or other appropriately identified personnel.

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Date:** _____

Parent/Guardian: _____ **Phone:** _____ **Email:** _____

**Emergency Contact/
Relationship:** _____ **Phone:** _____ **Email:** _____

Seizure Information

Seizure Type	Length (How long it lasts)	Frequency (How often)	What Happens During a Seizure

Known Seizure Triggers or Warning Signs

- Missed Medicine
- Emotional Stress
- Lack of Sleep
- Physical Stress
- Flashing Lights
- Missing Meals
- Illness with High Fever
- Alcohol/Drugs
- Menstrual Cycle

Response to specific food or excess caffeine. Specify:

Other: _____

VNS/Devices

Devices: VNS RNS DBS

Date Implanted: _____

Magnet Use/Instructions:

Basic first aid to be provided during a seizure

- **STAY** calm, keep calm, begin timing the seizure
- Keep the student **SAFE**: remove harmful objects, don't restrain, and protect their head
- Turn the student on **SIDE** if not awake, keep airway clear, don't put objects in mouth
- **STAY** until the student recovers
- **SWIPE** magnet for VNS
- Write down what happened during the seizure
- Other: _____

When to call 911 - A seizure emergency for the student

- Seizure with a loss of consciousness longer than five minutes and not responding to rescue medicine if available
- Repeated seizures lasting longer than 10 minutes, with no recovery between them and the student is not responding to available rescue medicine
- Difficulty breathing after seizure
- Serious injury occurs or is suspected; seizure in water

When to call student's doctor first

- A change in seizure type, number, or pattern
- Student does not return to usual behavior (i.e., confused for a long period)
- A first time seizure that stops on its own
- Other medical problems or a pregnancy needs to be checked

Student name: _____ Date of birth: _____

Seizure Emergency Protocol for District Personnel to Follow

- Administer emergency medications _____
- Contact school nurse: _____
- Call 911; transport to _____
- Notify parent or emergency contact and doctor _____
- Other: _____

When and What to Do When Rescue Therapy is Needed

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: _____

Student's Response and Care After a Seizure

What type of help is needed? _____

When is the student able to resume usual activity? _____

Does the student need to leave the classroom? Yes No

If yes, when can the student return to the classroom? _____

Is the student able to manage and understand their seizures? Yes No

Special Instructions

First Responders: _____

Emergency Department: _____

Daily Seizure Medication

Medication Name	Dosage	Time to be Given	Common Side Effects	Special Instructions

Other Information

Important medical history: _____

Allergies: _____

Epilepsy surgery (type, date, side effects): _____

Diet therapy: Ketogenic Low-Glycemic Modified Atkins Other: _____

Special considerations, instructions, or precautions (i.e., school trips, activities, sports, etc.): _____

Health Care Contacts

Epilepsy Provider: _____ Phone: _____

Primary Care: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____ Phone: _____

Pharmacy: _____ Phone: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Epilepsy Provider Signature: _____ Date: _____

Formulario de Plan de Manejo y Tratamiento de Convulsiones



Este formulario ha sido diseñado para ayudar a crear un plan para el manejo de convulsiones de un estudiante. Este formulario debe de ser completado por el padre o guardián del estudiante conjunto con el médico que está proveyendo el tratamiento. Una vez completado debe de ser compartido con la enfermera de la escuela o el personal apropiado.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Padre o Guardián: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia/relación: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información Acerca de las Convulsiones

Tipo de convulsión	Duración (Cuánto tiempo transcurre)	Frecuencia (Cuántas veces ocurre)	Qué sucede durante la convulsión

Causas o Señales Conocidas de las Convulsiones

- Falta de medicina
 - Estrés emocional
 - Falta de sueño
 - Estrés físico
 - Luces intermitentes
 - Falta de comida
 - Alcohol/Drogas
 - Enfermedades con fiebre alta
 - Ciclo menstrual
 - Otro: _____
 - Reacción a una comida en específico o exceso de cafeína.
- Especifiqué: _____

VNS/Dispositivos

Dispositivos: VNS RNS DBS

Fecha de implantación: _____

Uso de imanes/Instrucciones: _____

Proveer primeros auxilios básicos durante una convulsión

- **Mantenga** la calma, manténgase calmado y tome el tiempo que dure la convulsión
- Mantenga al estudiante **Seguro:** retire del alrededor objetos peligrosos, no trate de sujetarle y proteja la cabeza
- Voltee al estudiante hacia un **lado**, esto le ayudara a respirar, no ponga objetos en la boca
- **Permanezca** con el estudiante hasta que se haya recuperado
- **Intercambie** los imanes por VNS
- Escriba lo que sucedió durante la convulsión
- Otro: _____

Cuando llamar al 911 - Una convulsión de emergencia

- Una convulsión que causa pérdida de la consciencia por más de 5 minutos y que no responde al medicamento de emergencia disponible
- Convulsiones repetidas que duran más de 10 minutos, sin mejoramiento entre estas y el estudiante no responde al medicamento de emergencia
- Dificultad con la respiración después de la convulsión
- Incurrió en una lesión seria o se sospecha de una; una convulsión en el agua

Cuando llamar primero al doctor del estudiante

- Hay un cambio en el tipo de convulsión, números o patrón
- El estudiante no regresa a un comportamiento usual (es decir, confundido por un largo periodo)
- Es la primera vez que tiene una convulsión que termina sola
- Otros problemas médicos o un embarazo que requieren ser revisado

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Protocolo de convulsiones de emergencia que el personal del distrito debe de seguir

- Administrar medicamentos de emergencia
- Contactar la enfermera de la escuela: _____
- Llamar al 911; transportado a _____
- Notificar al padre o guardián, el contacto de emergencia o al doctor
- Otro: _____

Cuándo y Qué Hacer Cuando se Necesita Una Terapia de Rescate

Si la convulsión (grupo, número o duración): _____

Nombre del medicamento/Rx: _____

Cuánto se le debe dar (dosis): _____

Cómo se le debe dar: _____

Si la convulsión (grupo, número o duración): _____

Nombre del medicamento/Rx: _____

Cuánto se le debe dar (dosis): _____

Cómo se le debe dar: _____

Respuesta y cuidado del estudiante después de una convulsión

¿Qué tipo de ayuda es necesario? _____

¿Cuándo el estudiante puede regresar a las actividades como es usual? _____

¿Es necesario que el estudiante abandone el salón de clases? Si No

Si la respuesta es Si, ¿cuándo puede el estudiante regresar al salón de clases? _____

¿Puede el estudiante manejar y comprender sus convulsiones? Si No

Instrucciones Especiales

Personal de emergencia: _____

Departamento de emergencia: _____

Medicamento Diario Para el Control de Convulsiones

Nombre del medicamento	Dosis	Tiempo a Dar	Efectos secundarios comunes	Instrucciones especiales

Otra Información

Historial médico importante: _____

Alergias: _____

Cirugía de Epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Dieta terapéutica: Cetogénico Bajo Índice Glucémico Atkins Modificado Otro: _____

Consideraciones especiales, instrucciones o precauciones (es decir, pasadías escolares, actividades, deportes, etc.): _____

Contacto del Cuidado de la Salud

Proveedor de epilepsia: _____ Teléfono: _____

Proveedor primario: _____ Teléfono: _____

Hospital preferido: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de epilepsia: _____ Fecha: _____