

SPECIAL EDUCATION DISTRICT OF LAKE COUNTY

18160 W Gages Lake Road, Gages Lake, Illinois 60030-1819

847-548-8470 Fax 847-548-8472 VP 224-207-8476

www.sedol.us



PLAN DE ACCIÓN DE CONVULSIONES (SAP)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia / Relación: _____ Teléfono: _____

Información sobre Convulsiones

Tipo de Convulsión	Cuánto Tiempo Dura	Con Qué Frecuencia	Qué Sucede

Protocolo para la convulsión durante la escuela (marque todo lo que corresponda)

- Primeros auxilios - **Quedarse. Seguro. Lado**
- Comunicarse con la enfermera de la escuela al _____
- Dar terapia de rescate de acuerdo con SAP
- Llamar al 911 para transporte a _____
- Notificar a los padres/contacto de emergencia
- Otro :



Primeros Auxilios para cualquier convulsión

- QUEDARSE** calma, mantén la calma, **empezar a cronometrar la convulsión**
- Manténme **SEGURO** : quita los objetos dañinos, no te sujetes, protege la Cabeza
- LADO**: gira de lado si no está despierto, mantén las vías respiratorias despejadas, no poner objetos en la boca
- Desliza el imán para VNS
- Escriba lo que sucede _____
- Otro:

When to call 911, while in school.

- Convulsión con pérdida del conocimiento de más de 5 minutos, sin respuesta al medicamento de rescate si está disponible
- Convulsiones repetidas de más de 10 minutos, sin recuperación entre ellos, sin respuesta al rescate medicamento si está disponible
- Dificultad para respirar después de la convulsión
- Ocurre o se sospecha una lesión grave, convulsión en el agua
- Otro:



Cuándo **terapia de rescate** puede ser necesaria:

CUÁNDO Y QUÉ HACER (POR FAVOR ADJUNTE COPIAS DE LAS RECETAS)

Si convulsiones (grupo, número o duración) _____

Nombre del medicamento/receta _____ Cuánto administrar (dosis) _____

Cómo administrar _____

Si convulsiones (grupo, número o duración) _____

Nombre del medicamento/receta _____ Cuánto administrar (dosis) _____

Cómo administrar _____

Si convulsiones (grupo, número o duración) _____

Nombre del medicamento/receta _____ Cuánto administrar (dosis) _____

Cómo administrar _____

5/2021 SK:bs/pm

Form #194

INSTRUCCIONES DE TRANSPORTE ESPECIAL

Si el estudiante tiene una convulsión en el transporte hacia o desde la escuela o otras actividades de la escuela:

- **NO** sacar al estudiante del sistema de seguridad
- Llamar al 911 **INMEDIATAMENTE**
- Notificar a la enfermera de SEDOL
- Notificar a los padres
- Otro:

INSTRUCCIONES ESPECIALES DEL SITIO DE TRABAJO

Si el estudiante tiene una convulsión mientras que en un lugar de trabajo fuera del campus de SEDOL:

- llamar al 911 **inmediatamente**
- Notificar a la enfermera de SEDOL
- Notificar a los padres
- Otro:

CONSIDERACIONES ESPECIALES Y PRECAUCIONES DE SEGURIDAD (Con respecto a actividades escolares, deportes, viajes, etc.):

Medicamento Anticonvulsivo Diario

Nombre del Medicamento	Cantidad Total Diaria	Cantidad de pastilla / líquido	Cómo Se Toma (hora de cada dosis y cuánto)

Otra información

Desencadenantes: _____

Historial Médica importante: _____

Alergias: _____

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

Dispositivo: VNS RNS DBS Fecha implantada: _____

Terapia de Dieta Cetogénico Glucémico Bajo Atkins Modificado Otro (describa) _____

Adaptaciones requeridas para el estudiante como resultado de su trastorno convulsivo:

Instrucciones Especiales: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Firma del Médico

Fecha

Nombre Impreso del Médico

Teléfono

RECONOCIMIENTO DEL PADRE/TUTOR

La falta de un padre/tutor para ejecutar esta forma no afecta la inmunidad civil otorgada al Distrito y sus empleados por la Sección 45 de la Ley de Seizure Smart School (105 ILCS 150/45) por daños civiles o de otro tipo como resultado de una conducta, que no sea una conducta deliberada o lasciva, relacionada con el cuidado de un estudiante con epilepsia, o cualquier otra inmunidad o defensa contra la cual el Distrito o sus empleados tienen derecho de otra manera.

Firma del Padre/Tutor

Fecha