

# 癫痫发作行动计划 (SAP)

姓名: \_\_\_\_\_ 生日: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

紧急联系人/关系: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

## 癫痫发作信息

癫痫发作类型	发作持续时长	发作频度	具体发作情形

### 如何应对癫痫发作(勾选所有适用项)

- 急救——保持。安全。侧身。
- 根据SAP进行抢救治疗
- 通知紧急联系人
- 通知紧急联系人 \_\_\_\_\_
- 拨打911前往 \_\_\_\_\_
- 其他 \_\_\_\_\_

## 癫痫发作急救

- 保持冷静, 镇静下来, 开始记录癫痫发作时长
- 保证我的安全——清除危险物品, 不要束缚, 保护头部
- 侧身——  
无法醒来时让病人侧卧, 保持呼吸通畅, 嘴中不要有任何物品
- 陪伴, 直到从发作中恢复过来
- 刷VNS磁片
- 写下发作情形 \_\_\_\_\_
- 其他 \_\_\_\_\_

## 何时可能需要抢救治疗:

### 何时、怎么做

如果癫痫发作(丛聚, #或时长) \_\_\_\_\_

药品/处方药名称 \_\_\_\_\_ 喂多少药(剂量) \_\_\_\_\_

怎么喂药 \_\_\_\_\_

如果癫痫发作(丛聚, #或时长) \_\_\_\_\_

药品/处方药名称 \_\_\_\_\_ 喂多少药(剂量) \_\_\_\_\_

怎么喂药 \_\_\_\_\_

如果癫痫发作(丛聚, #或时长) \_\_\_\_\_

药品/处方药名称 \_\_\_\_\_ 喂多少药(剂量) \_\_\_\_\_

怎么喂药 \_\_\_\_\_

## 何时拨打911

- 癫痫发作后失去意识且持续时间超过5分钟, 对可用的抢救药物无反应
  - 重复发作超过10分钟, 两次发作之间无恢复, 对可用的抢救药物无反应
  - 癫痫发作后呼吸困难
  - 受到或疑似严重伤害, 在水中癫痫发作
- ### 何时要立即联系您的提供方
- 发作类型、次数、方式发生变化
  - 发作人无法恢复正常行为(比如长时间失神)
  - 癫痫发作第一次自行停止
  - 其他医疗问题或需要做孕检

## 癫痫发作后的护理

需要什么类型的帮助? (请具体描述): \_\_\_\_\_

病人什么时候可以恢复正常活动? \_\_\_\_\_

## 特别说明

急救人员: \_\_\_\_\_

急诊科: \_\_\_\_\_

## 每日癫痫药物

药品名称	每日总量	片剂/液体量	如何服用 (每次服用的时间和剂量)

## 其他信息

触发原因: \_\_\_\_\_

重要病史 \_\_\_\_\_

过敏症 \_\_\_\_\_

癫痫手术 (类型、日期、副作用) \_\_\_\_\_

设备:  VNS  RNS  DBS 植入日期 \_\_\_\_\_

饮食疗法  生酮症  低升糖  改良阿特金斯  其他(请描述) \_\_\_\_\_

特别说明: \_\_\_\_\_

## 医疗联系人

癫痫治疗提供方: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

初级医疗: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

首选医院: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

药店: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

我的签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

提供方签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

# San Mateo Union High School District / Authorization for Medication(s) to be Taken During School Hours

## 在學校期間服用藥物的授權

根據加州教育法規 Section 49423 以及 Section 49423.6 的細項 (b)，任何學生在學校期間需要服用處方藥物，如果符合以下兩項條件，要由學校護士或其他指定代表協助。(a) 學生授權的醫護人員以書面聲明特別指示該學生服用的藥物、劑量、以及服用的時間，以及其它細節（如有必要），像服用的方法、數量、以及服用的時間表。(b) 學生的家長或法定監護人提供書面聲明要求給該學生服用藥物或由他人協助。這項書面聲明要與醫護人員的書面聲明吻合。有學生醫護人員的授權以及學生家長或法定監護人的同意，當地的教育機關可以准許學生攜帶藥物並且自行服用。

以下部分要由家長填寫：就讀學校\_\_\_\_\_

學生姓名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 出生年月日 \_\_\_\_\_  
姓 名

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
醫護人員姓名 地址 電話

針對以下學生醫護人員的藥物授權：

我要求我的子弟在校期間由授權人員協助服用藥物： 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

我要求准許我的子弟攜帶藥物並且自行服用： 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

我了解藥物一定要裝在藥房原本給的藥罐子裡，上面的標籤要有學生的姓名、開立處方的醫護人員姓名、以及藥物、最初開立的日期，該藥物的強度以及劑量、以及服用的方法。如果藥物放在學校的保健室，要在學年結束後一星期內或不需再服用該藥物後前來取回，否則該藥物會被銷毀。我了解有家長的書面要求可以中止服藥。身為以上學生的家長/監護人，我因此對要求、行動、訴訟或任何責任、任何以及所有 San Mateo 聯合高中學區遵照我子弟醫護人員提供指示採取行動的人員提出求償。

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
日期 家長/監護人簽名 住家電話 緊急連絡電話

## THE FOLLOWING SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN/以下部分要由醫護人員填寫

Diagnosis for which medication is given/給予藥物的診斷：\_\_\_\_\_

Name of medication/藥物名稱：\_\_\_\_\_

Form/形式：\_\_\_\_\_ Dose and Route/劑量以及服用方式：\_\_\_\_\_

If medicine is to be given DAILY, at what time/如果每天都要服用，服用時間為：\_\_\_\_\_

If medication is to be given WHEN NEEDED, describe indications/如果藥物在需要的時候才給，描述需要的情況：\_\_\_\_\_

How soon can it be repeated?/藥物多快能再給？：\_\_\_\_\_

List significant side effects of medication/列出該藥物顯著的副作用：\_\_\_\_\_

Length of time this treatment is recommended/這個療程建議的時間：\_\_\_\_\_

**In my opinion, this student shows the capability to carry and self-medication the above medication:** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

以我的看法，該學生有能力攜帶並自行服用上述的藥物： 是(Yes) \_\_\_\_\_ /否(No) \_\_\_\_\_

**If necessary, this medication may be safely and appropriately administered by trained unlicensed school personnel:** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_

如有需要，這個藥物可以被有受過訓練但沒有認可證書的學校員工安全地和正確地施用： 是(Yes) \_\_\_\_\_ 否(No) \_\_\_\_\_ 不適用 (N/A) \_\_\_\_\_

**Signature of Authorized  
Health Care Provider:**

Date/日期：\_\_\_\_\_ 授權醫護人員簽名：\_\_\_\_\_

Health Care Provider/授權醫護人員

Address Stamp Required/地址蓋章（必要）：

Form #157 Medication Authorization (Chinese) Rev. 7.21 AH

Reviewed by Health Services Manager \_\_\_\_\_

# SAN MATEO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

## 授權使用或公開健康資訊

完成以下這份文件就是授權公開以及/或使用個人可辨識的健康資訊，這與加州和聯邦法律針對這類資訊的隱私考量一致。沒有完整提供所需的所有訊息會使這項授權無效。我有權收到這份授權的影本。需要在這份授權書上簽名，這樣學生在學校才能獲得適當的服務。

### 使用及公開訊息

家長/學生姓名: \_\_\_\_\_

姓

名

中間名

出生年月日

我，如下面簽名，授權（單位以及/或醫護人員的名字）：

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

提供上述學生醫療紀錄的健康資訊給以下：

~~San Mateo Union High School District~~

650 North Delaware St., San Mateo, CA 94401

資訊提供給學區

地址/城市以及州/郵遞區號

Sara Devaney, Health Services Manager

650-558-2222 (保密傳真 650-762-0250)

學區的聯絡人員

區域號碼以及電話號碼

因為以下原因需要公開健康資訊：

需要的資訊要受限於： 所有的健康資訊或  如所述的特定疾病訊息：

**期間：**這份授權會立即生效，有效期間到\_\_\_\_\_（填寫日期）或如果沒有填寫日期，有效期間為從簽名日期起一年內。

**限制：**加州法律禁止學區進一步公開我的健康資訊除非學區取得我的另一份授權、或除非這樣的公開是法律特別需要或允許的。我了解學區會保護這份資訊，如同家庭教育隱私權法（Family Educational Rights Privacy Act (FERPA)）以及加州法律所述，而且這份資訊會成為學生教育資料的一部分。這份資訊會以提供安全、恰當以及最低限度教育限制以及學校健康服務和計劃的前提，分享給在學區工作或與學區合作的個人。如果你搬到其它學區，記錄會被自動轉到該學區。

**你的權利：**我了解關於這份授權我有以下的權利：我可以隨時撤回這項授權。我的撤回要以書面方式提出，由我本人或我的代表簽名，並且送給上述的醫療單位個人。我的撤回要求會於對方收到時生效，但是對於學區或其它根據這份授權已經採取的行動無法生效。

同意： \_\_\_\_\_

印刷體名字

簽名

日期

與家長/學生的關係

區域號碼及電話號碼