

SEIZURE ACTION PLAN (SAP)



Name: _____ Birth Date: _____
Address: _____ Phone: _____
Parent/Guardian: _____ Phone: _____
Emergency Contact/Relationship _____ Phone: _____

Seizure Information

Seizure Type	How Long It Lasts	How Often	What Happens

Protocol for seizure during school (check all that apply)

- First aid – **Stay. Safe. Side.**
- Give rescue therapy according to SAP
- Notify parent/emergency contact
- Contact school nurse 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 student 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 _____

Provider signature _____ Date _____

Epilepsy.com

CUESTIONARIO PARA PADRES DE UN ESTUDIANTE CON CRISIS

Por favor complete todas las preguntas. Esta información es esencial para que la enfermera y el personal escolar puedan determinar las necesidades especiales de su estudiante y proveerle un ambiente de aprendizaje positivo y de apoyo. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta forma, por favor póngase en contacto con la enfermera escolar de su niño/a.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre del Estudiante: _____ Año escolar: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Salón: _____
 Nombre del padre/Guardián: _____ Tel. (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____
 Otro contacto de emergencia: _____ Tel. (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____
 El neurólogo del/de la niño/a: _____ Tel.: _____ Dirección: _____
 El médico de cuidados primarios del niño o niña.: _____ Tel.: _____ Dirección: _____
 Eventos significativos dentro de su historia médica o condiciones de salud: _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS CRISIS:

1. ¿Cuándo fue diagnosticado su niño/a con crisis epilépticas o epilepsia? _____

2. Tipo(s) de crisis:

<i>Tipo de crisis:</i>	<i>Duración</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción</i>

3. ¿Que podría provoca una crisis en su niño/a? _____

4. ¿Se presenta alguna señal de advertencia y/o cambios en la conducta de su niño/a antes de que el ocurra una crisis? SI NO

Si respondió SÍ, por favor explique: _____

5. ¿Cuándo fue la última crisis de su niño/a? _____

6. ¿Ha habido algún cambio reciente en el patrón de comportamiento de las crisis de su niño/a? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

7. ¿Cómo reacciona su niño/a después de que termina una crisis? _____

8. ¿Cómo afectan las otras enfermedades el control de las crisis de su niño/a? _____

Primeros auxilios básicos para crisis:

- ✓ Mantenga la calma y note el tiempo que dura la crisis
 - ✓ Mantenga al niño o niña a salvo
 - ✓ No le inmovilice
 - ✓ No le ponga nada en la boca
 - ✓ Permanezca con el/ niño o niña hasta que esté totalmente consciente
 - ✓ Documente las crisis
- Para crisis tónico-clónicas (Gran mal):
- ✓ Proteja su cabeza
 - ✓ Mantenga las vías respiratorias abiertas /observe la respiración
 - ✓ Coloque al niño o niña de lado

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS: Cuidados y medidas para confortar al niño o niña

9. ¿Qué procedimientos de primeros auxilios básicos deben tomarse cuando su niño/a tiene una crisis en la escuela? _____

10. Después de una crisis ¿Necesita su niño/a salir del salón de clase? SI NO

Si respondió SI, ¿Qué proceso recomienda usted para regresar al niño o niña a su salón de clase?: _____

Generalmente una crisis se considera como una emergencia cuando:

- ✓ Un convulsión (tónico-clónica) dura más de 5 minutos
- ✓ El estudiante ha tenido crisis continuas sin recobrar la consciencia
- ✓ El estudiante tiene la crisis por primera vez
- ✓ El estudiante está herido o es diabético
- ✓ El estudiante tiene dificultades para respirar
- ✓ El estudiante tiene una crisis en el agua

EMERGENCIA EN CASO DE UNA CRISIS

11. Por favor describa qué es lo que constituye una emergencia para su niño/a (La respuesta puede requerir que consulte con el médico que trata al niño o niña y con la enfermera escolar.) _____

12. ¿Ha sido hospitalizado el niño o niña alguna vez debido a crisis continuas?

SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS PARA LAS CRISIS Y TRATAMIENTO

13. ¿Qué medicinas toma su niño/a?

Medicina	Fecha de inicio	Dosis	Frecuencia y hora en que se toma	Posibles efectos secundarios

14. ¿Qué medicinas de emergencia/o de rescate le han prescrito a su niño/a?

Medicina	Dosis	Instrucciones de administración (Horario* y método **)	Que hacer después de que la medicina es administrada:

* Después de la 2da. o 3er crisis, para crisis continuas, etc. **Por vía oral, bajo la lengua, o por vía rectal.

15. ¿Qué medicinas necesita tomar su niño/a durante las horas escolares? _____

16. ¿Deben administrarse algunas de estas medicinas de una manera especial? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

17. ¿Se debe estar pendiente de alguna reacción en particular? SI NO

Si respondió SI, por favor explique: _____

18. ¿Qué debe hacerse cuando su niño/a no toma alguna dosis del medicamento? _____

19. ¿Debe tener la escuela una dosis de medicina en reserva en caso de que el/la niño/a no tome una dosis? SI NO

20. ¿Desea usted que se le llame antes de que se le dé al niño o niña la medicina de reserva en caso de que no haya tomado una dosis? _____

21. ¿Tiene su niño/a un Estimulador del nervio vago? SI NO

Si respondió SI, por favor describa las instrucciones para el uso apropiado del imán: _____

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES ESPECIALES

22. Marque todo lo que aplica y describa cualquier consideración o precauciones que deben tomarse:

- Salud general _____
- Funcionamiento físico _____
- Aprendizaje: _____
- Comportamiento: _____
- Estado de ánimo/adaptación: _____
- Otro: _____
- Educación física /deportes: _____
- Recreo: _____
- Viajes escolares: _____
- Transporte por autobús: _____

SOBRE LA COMUNICACIÓN

23. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted sobre las crisis de su niño/a? _____

24. ¿Nos permite compartir esta información con el maestro o maestra del salón de clase y otro personal apropiado de la escuela? SI NO

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____ Fecha en que fue actualizado: _____