



## Servicios Estudiantiles

# Plan de Acción para el Cuidado de la Salud – Convulsiones

Por favor regresar el formulario a: \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de identificación: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (madre) \_\_\_\_\_ (padre) \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Profesional del cuidado de la salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico especialista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Historial breve de salud (incluir la edad a la que se manifestaron por primera vez los síntomas que preceden las convulsiones, así como la frecuencia, duración, qué contribuye a que sucedan y alguna aura): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripción de las convulsiones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicaciones/Dosis/Hora: \_\_\_\_\_

Restricciones/Precauciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MUY IMPORTANTE — La persona que esté observando al estudiante debe permanecer tranquila y brindar apoyo. También debe tomar nota de la secuencia de eventos, el estado de consciencia del estudiante y el(los) factor(es) que hayan precipitado esta condición.**

### Intervenciones:

1. Medir la duración de las convulsiones y poder describirlas (tipo, partes del cuerpo involucradas, incontinencia, períodos de desorientación).
2. Ayudar al estudiante con cuidado a reposar sobre el piso. Aflojar el cuello y la(s) prenda(s) de vestir que esté(n) apretada(s).
3. No restringir el movimiento. Mover muebles y retirar objetos cercanos al cuerpo del estudiante para evitar que se haga daño.
4. Colocar al estudiante de lado para que haya movimiento de la saliva, y mantener la vía respiratoria abierta.
5. No poner paletas para la lengua ni objetos en la boca.
6. Si la convulsión cesa, y el estudiante es capaz de caminar, ayudarlo a ir a la Oficina de Salud para descansar.
7. Si la convulsión tiene una duración de más de 5 minutos, llamar al 911, la enfermera escolar y los padres de familia.

### Metas:

- Prevenga las lesiones y la aspiración durante el ataque.
- Promover una autoestima positiva.
- Enseñe la importancia y los beneficios del régimen de tratamiento.

Doy mi permiso para que la información que este Plan de Acción para el Cuidado de la Salud (*HCAP*, por sus siglas en inglés) contiene se dé a conocer a los adultos de la escuela que trabajen con mi hijo/a, los cuales necesitan estar informados acerca de esta condición. Este *HCAP* estará vigente durante un año o hasta que cambie el estado de salud o las órdenes del profesional del cuidado de la salud. Es responsabilidad del padre o tutor legal notificar a la enfermera escolar cuando haya algún cambio en el estado de salud o el cuidado del estudiante.

Enfermera escolar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Padres de familia/Tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Profesional del cuidado de la salud Fecha \_\_\_\_\_

## Seizure Emergency Care Plan and Medication Orders for School or Care Settings

### PARENT/GUARDIAN to complete, SIGN and DATE Below

Child/patient Name:	Birth date:
Parent/Guardian Contact:	Phone:
Emergency Contact:	Phone:
School:	Grade:

Triggers:  tiredness  illness  temperature  Other: \_\_\_\_\_

Seizure Warning (aura) if any: \_\_\_\_\_

Has patient ever received rescue medication before? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Antiseizure Medications Taken at Home	What side effects does this patient experience?

Is patient being treated with a ketogenic diet therapy for epilepsy?

No  Yes, family will arrange or discuss plans for school meals and snacks.

I give permission for school personnel to share this information, follow this plan, administer medication and care for my child and, if necessary, contact our care team. I take full responsibility for providing the school with prescribed medication and devices. I approve this Seizure Emergency Care Plan for my child.

Parent/Guardian Signature	Date	Nurse/CCHC Signature	Date
---------------------------	------	----------------------	------

### HEALTH CARE TEAM to complete, SIGN and DATE Below.

IF YOU SEE THIS:	DO THIS:
<input type="checkbox"/> <b>Convulsive Generalized Tonic Clonic:</b> These seizures may begin with a warning (aura). The patient will lose consciousness. You may see stiffening of the body or rhythmic jerking movements. Convulsive seizures may last 1-5 minutes. Sleepiness and confusion may occur after the seizure.	<b>FOR CONVULSIVE SEIZURES ONLY:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Time the seizure and record observations.</li> <li>2. Keep calm. Provide reassurance. Remove bystanders.</li> <li>3. Protect head, keep airway clear, turn on side.</li> <li>4. Do not restrain or place anything in mouth.</li> <li>5. Call 911 if patient is injured or has difficulty breathing.</li> <li>6. Call guardian.</li> <li>7. Stay with patient until recovered from seizure.</li> </ol> <b>Administer rescue treatments as marked below.</b>
<input type="checkbox"/> <b>Focal:</b> These seizures often begin with a warning (aura). The patient may be partly alert or unconscious. You may see lip smacking, chewing, eye blinking, or picking at clothes. These seizures usually last 1-2 mins. Sleepiness and confusion may occur after the seizure.	
<input type="checkbox"/> <b>Absence:</b> The patient may have sudden changes in alertness. You may see eye flutter or small twitching. Usually last less than 10 secs. These are not an emergency unless clustering for more than 10 minutes without return to baseline.	
<input type="checkbox"/> <b>Febrile seizures:</b> The patient may not be on a daily antiseizure medication. Seizures may occur at the beginning of an illness and can appear similar to other seizure types. Preventative treatment with antipyretics does not reduce incidence.	
<input type="checkbox"/> OTHER: please describe: _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Child has a history of psychogenic non epileptic events (if selected please provide separate documentation for clarification, these do not require rescue treatments)	<b>FOR ALL OTHER SEIZURE TYPES (BESIDES CONVULSIVE):</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Time the seizure and record observations.</li> <li>2. Gently guide patient away from danger.</li> <li>3. Stay with patient and reassure them until recovered from seizure.</li> <li>4. Do not treat staring that is stopped by a touch/nudge.</li> <li>5. Call guardian.</li> </ol> <b>Administer rescue treatments as marked below.</b>

### RESCUE TREATMENTS:

Implantable devices:

does patient have an implantable device? If yes, please describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**If convulsive seizure lasts longer than 5 minutes, or focal seizure >10 minutes administer:**

- Diastat: rectally \_\_\_\_\_ mg  can give second Diastat dose if seizures continue after \_\_\_\_ minutes.
- Nayzilam nasally \_\_\_\_\_ mg  can give second Nayzilam dose if seizures continue after \_\_\_\_ minutes.
- Midazolam nasally \_\_\_\_\_ mg to administer half in each nostril. can give second nasal midazolam dose if seizures continue after \_\_\_\_ minutes
- Valtoco nasally \_\_\_\_ mg  can give second Valtoco dose if seizures continue after \_\_\_\_ hours

Multistep seizure rescue plan – Please see attached letter for details.

**OR If cluster of \_\_\_\_ or more seizures in \_\_\_\_ minutes, administer:**

- Clonazepam \_\_\_\_\_ mg
- Diastat: rectally \_\_\_\_\_ mg
- Nayzilam nasally \_\_\_\_\_ mg  can give second Nayzilam dose if seizures continue after \_\_\_\_ minutes
- Midazolam nasally \_\_\_\_\_ mg to administer half dose in each nostril
- Valtoco nasally \_\_\_\_ mg  can give second Valtoco dose if seizures continue after \_\_\_\_ hours

Multistep seizure rescue plan – Please see attached letter for details.

[ ] Call 911 immediately if emergency medication is administered

[ ] Call 911 if seizure does not stop within \_\_\_\_ min of giving medication.

**Does patient have photo-sensitive epilepsy (ie. can flashing lights trigger seizures)? \_\_\_\_ (Y/N)**

**Accommodations:** Always take seizure action plan and emergency medication for school activities, sports and field trips. Close adult supervision when swimming or climbing.

HEALTH CARE PROVIDER SIGNATURE

PRINT PROVIDER'S NAME

PHONE/FAX

DATE