

COVINA-VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT - STUDENT SERVICES
SEIZURE ACTION PLAN

Name: _____ **Date of Birth:** _____ **School:** _____
Doctor's Name: _____ **Doctor's Phone Number:** _____
Emergency Contact: _____ **Emergency Contact Phone Number:** _____

SEIZURE INFORMATION

Seizure Type	How Long it Lasts	How Often	What Happens

How to respond to a seizure (Check all that apply)

- | | |
|---|---|
| ☐ First aid- Stay. Safe. Side | ☐ Notify emergency contact at: _____ |
| ☐ Give rescue therapy according to seizure action plan | ☐ Call 911 to transport to: _____ |
| ☐ Notify emergency contact | ☐ Other: _____ |

<u>First aid for any seizure</u>	<u>When to call 911</u>
☐ STAY calm, keep calm, begin timing the seizure ☐ Keep SAFE- remove harmful objects, don't restrain protect the 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- seizure log ☐ Other:	☐ Seizure with loss of consciousness longer than 5 minutes, Not responding to rescue medication if available ☐ Repeated seizures longer than 10 minutes, no recovery between them, not responding to rescue medication if available ☐ Serious injury occurs or suspected, seizure in water ☐ Other:

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 a person able to resume usual activity? _____

Special Instructions

First Responders: _____

Emergency Department: _____

Daily seizure medication

Medicine Name	Total Daily Amount	Amount of tab/liquid	How Take (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: _____

Special instructions: _____

Health Care Provider and Parent/Guardian

Epilepsy Provider: _____ Phone: _____

Primary Care: _____ Phone: _____

Preferred Hospital: _____

Parent/Guardian signature: _____ Date: _____

Provider signature: _____ Date: _____

Thank you, *Covina-Valley Health Services*

Office: 626-974-6435 ; Fax: 626-974-6436

**THIS REQUEST EXPIRES AT THE END OF THE SCHOOL YEAR. ALL MEDICATION NEEDS TO BE PICKED UP ON THE
LAST DAY OF SCHOOL OR IT WILL BE DISCARDED**

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COVINA-VALLEY - SERVICIOS ESTUDIANTILES
PLAN DE ACCIÓN PARA LAS CONVULSIONES

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Escuela:** _____

Nombre del Médico: _____ **Teléfono del Médico:** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Teléfono del Contacto de Emergencia:** _____

INFORMACIÓN DE LA CONVULSIÓN

Tipo de Convulsion	Cuanto dura	Frecuencia	Que ocurre

Cómo responder a una convulsión (Marque todo que aplica)

☐ Primeros auxilios- Permanecer. Seguro. Lado ☐ Notificar el contacto de emergencia a: _____

☐ Dar terapia de rescate acuerdo al plan de acción para las convulsiones ☐ Llamar al 911 para transportar a: _____

☐ Notificar el contacto de emergencia

☐ Otro: _____

<u>Primeros auxilios para cualquier convulsión</u>	<u>Cuándo llamar al 911</u>
☐ CONSERVE la calma, mantenga la calma, comience a tomar tiempo de la convulsión ☐ Manténgase SEGURO - retire los objetos dañinos, no se retenga, proteja la cabeza ☐ LADO- poner de lado si no está despierto, mantener las vías respiratorias abiertas, no meta objetos en la boca ☐ QUEDARSE hasta la recuperación de la convulsión ☐ Pasar el imán para el Estimulador del Nervio Vago (ENV) ☐ Anote lo que ocurra - registro de convulsión ☐ Otro:	☐ Convulsión con pérdida de conciencia más de 5 minutos, No respondiendo al medicamento de rescate si es disponible ☐ Convulsiones repetitivas de más de 10 minutos, no recuperación entre los mismos, no respondiendo al medicamento de rescate si disponible ☐ Ocurre o se sospecha una lesión grave, convulsión en el agua ☐ Otro:

Cuando puede ser necesario una terapia de rescate:

CUÁNDO Y QUÉ HACER

Si es convulsión (periodo de actividad, # o duracion) _____

Nombre del Med/Rx _____ Cuanto administrar (dosis) _____

Como administrar _____

Si es convulsión (periodo de actividad, # o duracion) _____

Nombre del Med/Rx _____ Cuanto administrar (dosis) _____

Como administrar _____

Si es convulsión (periodo de actividad, # o duracion) _____

Nombre del Med/Rx _____ Cuanto administrar (dosis) _____

Como administrar _____

Cuidado después de la convulsión

¿Qué tipo de ayuda es necesaria? (describir)

¿Cuándo puede la persona volver a su actividad habitual?

Instrucciones Especiales

Primeros auxiliares: _____

Departamento de Emergencia:

Medicamento Diario de Convulsión

Nombre del Medicamento	Cantidad Total Diario	Cantidad de tabletas/líquido	Como Tomar (hora de cada dosis y cuanto)

Otra información

Desencadenantes: _____

Historial medico importante: _____

Alergias: _____

Cirugia de epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Dispositivo: ☐ ENS ☐ RNS ☐ DBS ☐ Fecha implantado: _____

Instrucciones Especiales: _____

Médico y Padres/Tutores

Médico de epilepsia: _____ Teléfono: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Hospital Preferido: _____

Firma de Padres/Tutores: _____ Fecha: _____

Firma del Medico: _____ Fecha: _____

Gracias, ***Servicios de Salud de Covina-Valley***

Oficina: 626-974-6435 ; **Fax:** 626-974-6436

ESTA SOLICITUD EXPIRA AL FINAL DEL AÑO ESCOLAR. DEBEN RECOGER TODOS LOS MEDICAMENTOS EL ULTIMO DIA DE ESCUELA O SERÁ DESECHADA