

SEIZURE ACTION PLAN (SAP)



Name: _____ Birth Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Emergency Contact/Relationship: _____ Phone: _____

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.**
- ☐ Give rescue therapy according to SAP
- ☐ Notify emergency contact
- ☐ Notify emergency contact 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 person 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: _____

Acute Seizure Action Plan (ASAP)

This ASAP can be used in conjunction with your longer Seizure Action Plan. Having this shortened version may be helpful in the event of a seizure.

Name: _____	Birth date: _____	Today's date: _____
Care partner phone numbers: _____	Provider name/facility: _____	Provider phone numbers: _____
	Telemedicine: _____	



Usual Seizure Pattern

Triggers: _____	
Pattern of seizures: _____	
What the seizures normally look like (Check all that apply)	
 ☐ Atonic seizure (also called drop)	 ☐ Absence seizure (also called petit mal)
 ☐ Tonic seizure	 ☐ Clonic seizure
 ☐ Focal impaired awareness seizure (also called complex partial)	
Describe: _____	
NOTES: _____	

Care

Standard Care Needed				
If this happens, _____ provide standard care				
 Time the seizure NOTES: _____	 STAY with person NOTES: _____	 Keep person SAFE. NOTES: _____	 Turn the person onto their SIDE NOTES: _____	 Keep a record NOTES: _____

Provide Rescue Treatment				
If this happens, _____ provide standard care (above) and rescue treatment				
 ☐ Rectum	 ☐ Nose	 ☐ Mouth	☐ Other: _____	
Specific instructions: _____				

Call for Emergency Help			
If any of these happen,			
 ☐ Seizure longer than _____ minutes	 ☐ Unusual seizure	 ☐ Injury/Blue lips	☐ Other: _____
NOTES: _____			
Get help now			
 Healthcare provider name/phone number: _____			

Healthcare Provider Authorization			
Signature: _____ Provider Printed Name: _____ Date: _____ For use from: _____ to: _____			

PLAN DE ACCIÓN PARA CRISIS EPILÉPTICAS



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación/parentesco: _____

Información Acerca de las Crisis Epilépticas

Tipo de Crisis	Cuánto Dura	Con qué Frecuencia	Qué Sucede Durante la Crisis

Cómo responder a una crisis epiléptica (marque todas las opciones que apliquen) ☐

- ☐ Primeros Auxilios – **Permanezca. A Salvo. De Lado.**
- ☐ Dar el medicamento de rescate, de acuerdo con el plan de acción
- ☐ Notificar a la persona en caso de emergencia
- ☐ Notificar a la persona en caso de emergencia al: _____
- ☐ Llamar al 911 para transporte a: _____
- ☐ Otras Notas: _____



Primeros Auxilios para Cualquier Crisis Epiléptica

- ☐ **PERMANEZCA** calmado, empiece a **tomar el tiempo de la crisis epiléptica**
- ☐ Manténgame **A SALVO** – aleje objetos peligrosos, no me sujete, proteja mi cabeza
- ☐ Acuésteme **DE LADO** si no estoy despierto(a) o consciente, no obstruya vías respiratorias, ni ponga cosas en la boca
- ☐ **PERMANEZCA** hasta que me recupere de la crisis
- ☐ Deslice el imán del aparato para la estimulación del nervio vago (VNS)
- ☐ Anote que pasa _____
- ☐ Otras notas _____

Cuándo Llamar al 911

- ☐ Crisis epilépticas con pérdida del conocimiento de más de 5 minutos, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- ☐ Crisis epilépticas que se repiten y duran más de 10 minutos, sin recuperación entre crisis, si la persona no responde al medicamento de rescate (siempre y cuando esté disponible)
- ☐ Problemas de respiración después de la crisis epiléptica
- ☐ Si ocurren (o sospecha que puede haber) lesiones graves, crisis epilépticas bajo el agua

Cuándo Llamar primero a su médico

- ☐ Cambios en el tipo, cantidad o forma de las crisis
- ☐ La persona no regresa a su comportamiento normal (por ejemplo, está confundida por largo tiempo)
- ☐ Primera vez que tiene una crisis epiléptica que acaba sola
- ☐ Otros problemas de salud o embarazo que necesiten revisión



Cuando un medicamento de rescate sea necesario:

CUÁNDO Y QUÉ HACER

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Si hay una crisis epiléptica (grupos de crisis, # o duración) _____

Nombre del medicamento _____ Cuánto hay que dar (dosis) _____

Cómo dar el medicamento _____

Cuidados después de una crisis epiléptica

Qué tipo de cuidados necesita (incluya detalles) _____

Cuándo puede la persona regresar a sus actividades de rutina _____

Instrucciones Especiales

Personal de Primeros Auxilios: _____

Departamento de Emergencia: _____

Medicamentos Para las Crisis Diarias

Nombre del Medicamento	Cantidad Diaria	Cantidad del Líquido/Tableta	Cómo Toma el Medicamento (cantidad y hora de cada dosis)

Otra Información

Qué cosas provocan sus crisis epilépticas: _____

Importante historial médico: _____

Alergias: _____

Cirugías para controlar su epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios): _____

Aparatos: ☐ Estimulación del nervio vago (VNS) ☐ Neuroestimulación Sensible (RNS)
☐ Estimulación Cerebral Profunda (DBS) Fecha del implante _____

Terapia Dietética: ☐ Dieta Cetogénica ☐ Dieta de Bajo Índice Glucémico ☐ Dieta Atkins (baja en carbohidratos)
☐ Otra (más detalles) _____

Instrucciones Especiales: _____

Contactos de Cuidados Médicos

Doctor para la epilepsia: _____ Teléfono: _____

Médico de salud general: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Mi firma: _____ Fecha _____

Firma de mi médico: _____ Fecha _____

KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG ĐỐI VỚI CƠ ĐỘNG KINH (SAP)

Tên: _____ Ngày Sinh: _____

Địa Chỉ: _____ Điện Thoại: _____

Thông Tin Liên Hệ Trong Trường Hợp Khẩn Cấp/Mối Quan Hệ: _____ Điện Thoại: _____

Thông Tin về Cơ Động Kinh

Loại Động Kinh	Cơ Động Kinh Kéo Dài Trong Bao lâu	Tần Suất	Điều Gì Xảy Ra

Cách đối phó với cơn động kinh (chọn tất cả các mục phù hợp) ☒

- ☐ Sơ cứu – **Ở lại. An toàn. Nằm nghiêng.**
- ☐ Gọi 911 để được vận chuyển đến _____
- ☐ Đưa ra liệu pháp hồi sức theo SAP
- ☐ Khác _____
- ☐ Thông báo cho người liên hệ trong trường hợp khẩn cấp theo số _____



Sơ cứu khi gặp bất kỳ cơn động kinh nào

- ☐ Giữ bình tĩnh, duy trì sự bình tĩnh, **bắt đầu tính thời gian lên cơn động kinh**
- ☐ Giữ bản thân luôn **AN TOÀN** – loại bỏ các vật nguy hại, không giữ lại, bảo vệ đầu
- ☐ **NÀM NGHIÊNG** – nằm nghiêng nếu chưa tỉnh, giữ đường thở thông thoáng, không đưa dị vật vào miệng.
- ☐ **Ở LẠI** cho đến khi đã hồi phục sau cơn động kinh
- ☐ Vuốt nam châm cho VNS
- ☐ Viết ra những điều sẽ xảy ra
- ☐ Khác _____



Khi nào có thể cần đến liệu pháp hồi sức:

KHI NÀO VÀ CẦN LÀM GÌ

Nếu động kinh (cụm, # hoặc độ dài) _____

Tên Thuốc/Rx _____ Lượng thuốc cần dùng (liều lượng) _____

Cách sử dụng _____

Nếu động kinh (cụm, # hoặc độ dài) _____

Tên Thuốc/Rx _____ Lượng thuốc cần dùng (liều lượng) _____

Cách sử dụng _____

Nếu động kinh (cụm, # hoặc độ dài) _____

Tên Thuốc/Rx _____ Lượng thuốc cần dùng (liều lượng) _____

Cách sử dụng _____

Khi nào cần gọi 911

- ☐ Khi nào cần gọi 911
- ☐ Cơn động kinh và tình trạng mất ý thức kéo dài hơn 5 phút, không phản ứng với liệu pháp hồi sức, nếu có
- ☐ Các cơn động kinh tái diễn kéo dài hơn 10 phút, không có dấu hiệu hồi phục giữa các cử tái diễn, không phản ứng với liệu pháp hồi sức, nếu có
- ☐ Khó thở sau cơn động kinh
- ☐ Thương tích nghiêm trọng xảy ra hoặc bị nghi ngờ xảy ra, động kinh dưới nước

Khi nào nên gọi cho nhà cung cấp của quý vị trước

- ☐ Thay đổi về loại, số lượng hoặc kiểu động kinh
- ☐ Người không trở lại hành vi bình thường (tức là bị lú lẫn trong một thời gian dài)
- ☐ Lần đầu tiên xuất hiện cơn động kinh có thể tự ngừng
- ☐ Các vấn đề y tế khác hoặc tình trạng mang thai cần được kiểm tra

Chăm sóc sau cơn động kinh

Loại hình trợ giúp nào là cần thiết? (mô tả) _____

Khi nào một người có thể tiếp tục hoạt động bình thường? _____

Hướng dẫn đặc biệt

First Responders: _____

Khoa Cấp Cứu: _____

Thuốc động kinh hàng ngày

Tên Thuốc	Tổng Lượng Thuốc Hàng Ngày	Lượng Thuốc Dạng Viên/Dạng Lỏng	Cách Dùng Thuốc (thời gian giữa mỗi cử liều và liều lượng)

Thông tin khác

Tác Nhân Kích Thích: _____

Tiền Sử Y Tế Quan Trọng _____

Dị Ứng _____

Phẫu Thuật Động Kinh (loại, ngày tháng, tác dụng phụ) _____

Thiết Bị: ☐ VNS ☐ RNS ☐ DBS Ngày Cấy Ghép _____

Phương Pháp Ăn Kiêng ☐ Ketogenic ☐ Glycemic Thấp ☐ Atkins Điều Chỉnh ☐ Khác (mô tả) _____

Hướng Dẫn Đặc Biệt: _____

Thông tin liên hệ trong trường hợp cần chăm sóc sức khỏe

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Điều Trị Chứng Động Kinh: _____ Điện Thoại: _____

Dịch Vụ Chăm Sóc Chính: _____ Điện Thoại: _____

Bệnh Viện Ưu Tiên: _____ Điện Thoại: _____

Hiệu Thuốc: _____ Điện Thoại: _____

Chữ ký của tôi _____ Ngày _____

Chữ ký của nhà cung cấp _____ Ngày _____