

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: _____

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. | ☐ Notificar a la persona en caso de emergencia al: _____ |
| ☐ Dar el medicamento de rescate, de acuerdo con el plan de acción | ☐ Llamar al 911 para transporte a: _____ |
| ☐ Notificar a la persona en caso de emergencia | ☐ 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 _____