



## Questionnaire for Parent of a Student with Seizures

Please complete all questions. This information is essential for the school nurse and school staff in determining your child's special needs and providing a positive and supportive learning environment. If you have any questions about how to complete this form, please contact your child's school nurse.

### Contact Information

|                                           |             |               |      |
|-------------------------------------------|-------------|---------------|------|
| Student's Name                            | School Year | Date of Birth |      |
| School                                    | Grade       | Classroom     |      |
| Parent/Guardian                           | Phone       | Work          | Cell |
| Parent/Guardian Email                     |             |               |      |
| Other Emergency Contact                   | Phone       | Work          | Cell |
| Child's Neurologist                       | Phone       | Location      |      |
| Child's Primary Care Doctor               | Phone       | Location      |      |
| Significant Medical History or Conditions |             |               |      |

### Seizure Information

1. When was your child diagnosed with seizures or epilepsy? \_\_\_\_\_

2. Seizure type(s)

| Seizure Type | Length | Frequency | Description |
|--------------|--------|-----------|-------------|
|              |        |           |             |
|              |        |           |             |
|              |        |           |             |
|              |        |           |             |

3. What might trigger a seizure in your child? \_\_\_\_\_

4. Are there any warnings and/or behavior changes before the seizure occurs? ☐ YES ☐ NO  
If YES, please explain: \_\_\_\_\_

5. When was your child's last seizure? \_\_\_\_\_

6. Has there been any recent change in your child's seizure patterns? ☐ YES ☐ NO  
If YES, please explain: \_\_\_\_\_

7. How does your child react after a seizure is over? \_\_\_\_\_

8. How do other illnesses affect your child's seizure control? \_\_\_\_\_

### Basic First Aid: Care & Comfort

9. What basic first aid procedures should be taken when your child has a seizure in school?

10. Will your child need to leave the classroom after a seizure? ☐ YES ☐ NO  
If YES, what process would you recommend for returning your child to classroom:

### Basic Seizure First Aid

- Stay calm & track time
  - Keep child safe
  - Do not restrain
  - Do not put anything in mouth
  - Stay with child until fully conscious
  - Record seizure in log
- For tonic-clonic seizure:**
- Protect head
  - Keep airway open/watch breathing
  - Turn child on side

### Seizure Emergencies

11. Please describe what constitutes an emergency for your child? (Answer may require consultation with treating physician and school nurse.)

12. Has child ever been hospitalized for continuous seizures? ☐ YES ☐ NO

If YES, please explain:

### A seizure is generally considered an emergency when:

- Convulsive (tonic-clonic) seizure lasts longer than 5 minutes
- Student has repeated seizures without regaining consciousness
- Student is injured or has diabetes
- Student has a first-time seizure
- Student has breathing difficulties
- Student has a seizure in water

### Seizure Medication and Treatment Information

13. What medication(s) does your child take?

| Medication | Date Started | Dosage | Frequency and Time of Day Taken | Possible Side Effects |
|------------|--------------|--------|---------------------------------|-----------------------|
|            |              |        |                                 |                       |
|            |              |        |                                 |                       |
|            |              |        |                                 |                       |

14. What emergency/rescue medications are prescribed for your child?

| Medication | Dosage | Administration Instructions (timing* & method**) | What to Do After Administration |
|------------|--------|--------------------------------------------------|---------------------------------|
|            |        |                                                  |                                 |
|            |        |                                                  |                                 |

\* After 2<sup>nd</sup> or 3<sup>rd</sup> seizure, for cluster of seizure, etc.

\*\* Orally, under tongue, rectally, etc.

15. What medication(s) will your child need to take during school hours? \_\_\_\_\_

16. Should any of these medications be administered in a special way? ☐ YES ☐ NO

If YES, please explain: \_\_\_\_\_

17. Should any particular reaction be watched for? ☐ YES ☐ NO

If YES, please explain: \_\_\_\_\_

18. What should be done when your child misses a dose? \_\_\_\_\_

19. Should the school have backup medication available to give your child for missed dose? ☐ YES ☐ NO

20. Do you wish to be called before backup medication is given for a missed dose? ☐ YES ☐ NO

21. Does your child have a Vagus Nerve Stimulator? ☐ YES ☐ NO

If YES, please describe instructions for appropriate magnet use:

### Special Considerations & Precautions

22. Check all that apply and describe any consideration or precautions that should be taken:

- |                                                     |                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> General health _____       | <input type="checkbox"/> Physical education (gym/sports) _____ |
| <input type="checkbox"/> Physical functioning _____ | <input type="checkbox"/> Recess _____                          |
| <input type="checkbox"/> Learning _____             | <input type="checkbox"/> Field trips _____                     |
| <input type="checkbox"/> Behavior _____             | <input type="checkbox"/> Bus transportation _____              |
| <input type="checkbox"/> Mood/coping _____          | <input type="checkbox"/> Other _____                           |

### General Communication Issues

23. What is the best way for us to communicate with you about your child's seizure(s)? \_\_\_\_\_

24. Can this information be shared with classroom teacher(s) and other appropriate school personnel? ☐ YES ☐ NO

Dates \_\_\_\_\_

Updated \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## 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:

- |                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salud general_____               | <input type="checkbox"/> Educación física /deportes:_____ |
| <input type="checkbox"/> Funcionamiento físico_____       | <input type="checkbox"/> Recreo:_____                     |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje:_____                | <input type="checkbox"/> Viajes escolares:_____           |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento:_____             | <input type="checkbox"/> Transporte por autobús:_____     |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo/adaptación:_____ |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Otro:_____                       |                                                           |

### **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: \_\_\_\_\_