

Seizure Action Plan

Effective Date _____

This student is being treated for a seizure disorder. The information below should assist you if a seizure occurs during school hours.

Student's Name	Date of Birth	
Parent/Guardian	Phone	Cell
Other Emergency Contact	Phone	Cell
Treating Physician	Phone	
Significant Medical History		

Seizure Information

Seizure Type	Length	Frequency	Description

Seizure triggers or warning signs: _____

Student's response after a seizure: _____

Basic First Aid: Care & Comfort

Please describe basic first aid procedures:

Does student need to leave the classroom after a seizure? Yes No

If YES, describe process for returning student 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

Emergency Response

A "seizure emergency" for this student is defined as:

Seizure Emergency Protocol

(Check all that apply and clarify below)

- Contact school nurse at _____
- Call 911 for transport to _____
- Notify parent or emergency contact
- Administer emergency medications as indicated below
- Notify doctor
- Other _____

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

Treatment Protocol During School Hours (include daily and emergency medications)

Emerg. Med. ✓	Medication	Dosage & Time of Day Given	Common Side Effects & Special Instructions

Does student have a **Vagus Nerve Stimulator**? Yes No If YES, describe magnet use: _____

Special Considerations and Precautions (regarding school activities, sports, trips, etc.)

Describe any special considerations or precautions:

Physician Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Plan de acción para convulsiones

Fecha de comienzo:

Este estudiante está recibiendo tratamiento contra un desorden de convulsiones. La siguiente información le ayudará en caso que ocurra una convulsión durante el horario escolar.			
Nombre del estudiante		Fecha de nacimiento	
Padre o encargado		Teléfono	Celular
Otro contacto de emergencia		Teléfono	Celular
Médico		Teléfono	
Historial médico significativo			
Información sobre convulsiones			
Tipo de convulsión	Duración	Frecuencia	Descripción
Causa o señales de aviso:		Reacción después de la convulsión:	
Primeros auxilios básicos: Cuidado y comodidad			Primeros auxilios básicos
Describa el procedimiento básico para primeros auxilios:			<ul style="list-style-type: none"> • Manténgase calmado • Mantenga al niño seguro • No lo sujete o controle • No coloque nada en la boca • Quédese con el niño hasta que esté completamente consciente • Anote el episodio en el diario Para convulsiones “tonic-clonic”: <ul style="list-style-type: none"> • Proteja la cabeza • Mantenga las vías respiratorias abiertas • Coloque al niño de lado
¿Necesita el estudiante salir del salón después de la convulsión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, describa el proceso para regresar al estudiante al salón de clases:			
Acción de emergencia			Una convulsión se considera una emergencia cuando:
Una “acción de emergencia” para este estudiante se define como:	Protocolo para emergencia en una convulsión: (Marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Llame a la enfermera de la escuela _____ <input type="checkbox"/> Llame al 911 para transportarlo a _____ <input type="checkbox"/> Notifique a los padres o contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Administre medicamentos de emergencia según se indica abajo <input type="checkbox"/> Notifique al doctor <input type="checkbox"/> Otro _____		<ul style="list-style-type: none"> • La convulsión tipo “tonic-clonic” dura más de 5 minutos • El estudiante tiene convulsiones seguidas sin recobrar el conocimiento • El estudiante se hiere o tiene diabetes • El estudiante tiene una convulsión por primera vez • El estudiante tiene dificultad para respirar • El estudiante tiene una convulsión en el agua
Protocolo de tratamiento durante horario escolar (incluye medicamentos diarios y de emergencia)			
√ Med. de emergencia	Medicamento	Dosis y hora para administrar	Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales
¿Tiene el estudiante un Vagus Nerve Stimulator ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si lo tiene, ¿cómo se usa el imán?			
Consideraciones especiales y precauciones (sobre actividades escolares, deportes, excursiones, etc.)			
Describa cualquier consideración especial o precauciones			
Firma del médico _____			Fecha _____
Firma del padre o encargado _____			Fecha _____