

**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)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> First aid- Stay. Safe. Side | <input type="checkbox"/> Notify emergency contact at: _____ |
| <input type="checkbox"/> Give rescue therapy according to seizure action plan | <input type="checkbox"/> Call 911 to transport to: _____ |
| <input type="checkbox"/> Notify emergency contact | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

<u>First aid for any seizure</u>	<u>When to call 911</u>
<input type="checkbox"/> STAY calm, keep calm, begin timing the seizure <input type="checkbox"/> Keep SAFE- remove harmful objects, don't restrain protect the head <input type="checkbox"/> SIDE- turn on side if not awake, keep airway clear, don't put objects in mouth <input type="checkbox"/> STAY until recovered from seizure <input type="checkbox"/> Swipe magnet for VNS <input type="checkbox"/> Write down what happens- seizure log <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Seizure with loss of consciousness longer than 5 minutes, Not responding to rescue medication if available <input type="checkbox"/> Repeated seizures longer than 10 minutes, no recovery between them, not responding to rescue medication if available <input type="checkbox"/> Serious injury occurs or suspected, seizure in water <input type="checkbox"/> 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>
<input type="checkbox"/> CONSERVE la calma, mantenga la calma, comience a tomar tiempo de la convulsión <input type="checkbox"/> Manténgase SEGURO - retire los objetos dañinos, no se retenga, proteja la cabeza <input type="checkbox"/> LADO- poner de lado si no está despierto, mantener las vías respiratorias abiertas, no meta objetos en la boca <input type="checkbox"/> QUEDARSE hasta la recuperación de la convulsión <input type="checkbox"/> Pasar el imán para el Estimador del Nervio Vago (ENV) <input type="checkbox"/> Anote lo que ocurra - registro de convulsión <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Convulsión con pérdida de conciencia más de 5 minutos, No respondiendo al medicamento de rescate si es disponible <input type="checkbox"/> Convulsiones repetitivas de más de 10 minutos, no recuperación entre los mismos, no respondiendo al medicamento de rescate si disponible <input type="checkbox"/> Ocurre o se sospecha una lesión grave, convulsión en el agua <input type="checkbox"/> 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