



INDIVIDUALIZED SEIZURE ACTION PLAN

Effective Date: _____

PLAN DE ACCIÓN DURANTE UN ATAQUE

Fecha Efectiva: _____

SECTION TO BE COMPLETED BY PARENT AND/OR GUARDIAN

Child's Name/Nombre del niño: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____
 Parent/Guardian Padres/Guardián: _____ Phone/Teléfono: _____ Cell: _____
 Treating Physician/Medical Home/Doctor General/Hogar Medico: _____ Phone/Teléfono: _____
 Other Diagnosis/Otros Diagnósticos: _____

SECTION TO BE COMPLETED BY SPECIALIST

TYPES OF SEIZURES - DESCRIPTION/ TIPOS DE ATAQUES / INFORMACIÓN

- ___ **Tonic/Clonic Seizures:** Loss of consciousness followed by stiffening of the entire body for a few seconds (tonic phase) then followed by a period of jerking (clonic phase). A seizure may last from one-to-five minutes. The student may have an aura or warning before the seizure is about to begin. Drowsiness may occur after the seizure.
- ___ **Absence Seizures:** (formerly called petit-mal) – staring, crinkling, twitching, student may appear to be “daydreaming”.
- ___ **Myoclonic Seizures:** Limbs jerk suddenly; often happens just after awaking. No loss of consciousness.
- ___ **Atonic Seizures:** (formerly called drop seizures) – sudden loss of muscle tone; student may actually drop to the ground.
- ___ **Partial Seizures**
- ___ **Simple Partial Seizure:** Unusual feeling of sensations such as unexplained feeling of joy, anger, sadness, nausea; may be accompanied by hearing, seeing, smelling, tasting, feeling things that are not real; student may remain awake and alert; seizure activity lasts just a few seconds. May be drowsy afterward.
- ___ **Complex Partial Seizure:** May begin with an aura can cause a change in or loss of consciousness; may have repetitious behavior like lip smacking, blinks, twitches, mouth movements, repeating words, walking in a circle, throwing objects, may last 1 or 2 minutes.

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL HOURS: (include daily and emergency medications):
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DURANTE HORAS ESCOLARES (medicamentos diarios y para emergencias)

Daily Medication (Oral/or Rectal) <i>Medicamentos diarios (Oral o Rectal)</i>	Dosage & Time of Day Given <i>Dosis & Hora Tomados</i>	Common Side Effects & Special Instructions <i>Efectos Secundarios & y Instrucciones Especiales</i>

Emergency/Rescue Medication/Medicamentos Para Emergencias:

**For Diastat/rectally administered medications, please respect the child's dignity and take all possible measures to insure privacy. * Para Diastat/medicamentos administrados por vía rectal, por favor respetar la dignidad del niño y hacer todo lo posible para mantener privacidad.*

Call 911 or an ambulance if any of the below occur/Llamar al 911 o ambulancia si ocurre algo en esta lista:

- A convulsive seizure lasts longer than 5 minutes/Si la convulsión (tónico-clónico) dura mas de 5 minutos
- Individual has seizure AND has diabetes/Persona tiene un ataque y tiene diabetes
- Individual has breathing difficulties/La persona tiene problemas respirando
- If female and is pregnant / Si es mujer y esta embarazada
- Individual has seizure in water/La persona tiene su ataque en agua

Does this child have a Vagus Nerve Stimulator/¿El niño tiene un Estimulador del Nervio Vago/Vagus Nerve Stimulator (VNS)? YES/SI NO

If YES, describe magnet use/ Si tiene, describe el uso del imán: _____

A product developed by the Epilepsy Foundation of Metropolitan New York with funding from the Federal Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration under grant # 1198MC0U23MC08582 through its initiative, Project Access: Improving Care for Children & Youth with Epilepsy.

BASIC FIRST AID: CARE & COMFORT/PRIMEROS AUXILIOS BASICOS: COMO CUIDAR A LA PERSONA

Los síntomas más comunes son:

- Gemido repentino
- Caída al suelo
- Rigidez
- Respiración poco profunda
- Espasmos musculares
- Pérdida del conocimiento

Estos son los primeros auxilios que puedes ofrecer a la persona que está teniendo un ataque convulsivo:

- Amortigua la cabeza
- Afloja ropa apretada en el cuello
- Voltea a la persona de costado
- No introduzcas nada en la boca
- Busca identificación
- No sostengas a la persona boca abajo
- Cuando el ataque termine, calmadamente ofrece ayuda

Por favor ten en cuenta las acciones peligrosas que algunas personas ejecutan debido a que no tienen el suficiente conocimiento. Ten presente que **NO debes hacer**, bajo ninguna circunstancia, lo siguiente:

- **NO** coloques nada en la boca de la persona
- **NO** trates de sujetar a la persona
- **NO** trates de administrar medicamentos anticonvulsivos orales
- **NO** mantengas a la persona de espaldas durante toda la convulsión



1. Cushion head, remove glasses.



2. Loosen tight clothing.



3. Turn on side and keep airway clear.



4. Note the time a seizure starts and the length of time it lasts.



5. Don't put anything in mouth.



6. Don't hold down.

7. As seizure ends...offer help.

AFTER A SEIZURE/ Después de el Ataque:

1. Clean any secretions from mouth with soft cloth or tissue/ Limpia secreciones de la boca con un paño suave.
2. Provide privacy and allow student to rest on side for 30 minutes / de les privacidad y permita que el estudiante se recline sobre el lado por 30 minutos.
3. Monitor student's breathing; check for injuries or loss of bowel & bladder control/ Supervise la respiración del estudiante; compruebe para saber si hay lesiones o pérdida del control sobre los intestinos y de la vejiga. **If having difficulty breathing call 911/ Si tiene dificultad respirando llame al 911.**
4. Determine and document if student can move arms & legs or if there is a change in the student's ability to move/ Determine y documente si el estudiante puede mover los brazos y las piernas o si hay un cambio en la capacidad del estudiante de moverse.
5. Notify parents/ Notifique a los padres
6. Remain with student until he/she has regained normal mental senses/ Permanezca con el estudiante hasta que él haya recuperado sentidos mentales normales.
7. Describe and record seizure activity, time seizure activity started & stopped, name, time and dose of anti-seizure medication given/ Describa y registre la actividad del ataque y el tiempo de duración; nombre de medicación y la dosis dada.

Parent/Guardian Signature/ Firma de los Padres/ Guardián: _____ Date/ Fecha: _____

Signature of Health Care Provider: _____

Firma de la Proveedor de Servicios de Salud: _____

_____ Date/ Fecha