



Health Services Department
Seizures Medical Management & Emergency Plan

Student _____ ID# _____ DOB _____ Age _____ Yrs. Grade _____

School Nurse: _____ Campus _____ Phone#: _____

This specialized health care procedure will be administered upon receipt of this completed form along with any special equipment items.

Seizure Management: Provide safety, remove other students from the room, remove tight clothing, and lay the student on the side.

Condition/Diagnosis:

- Seizures Cerebral Palsy Spina Bifida Other:
Type of seizures:

Procedure(s) required for student while in the school setting (check all that apply, sign, and date the form).

Medications:

- If seizures last more than _____ minutes or for _____ # of multiple seizures in _____ (minutes) administer _____ (medication) _____ mg rectally/Sublingual/Oral/inhaled
If medication is expelled, do the following: _____

Vagal nerve stimulator (VNS magnet)

- Swipe VNS at onset of seizures; then every _____ min. for _____ min. or every _____ min. until seizures stop.

Call 911 if:

- Child does not wake up within _____ min. after seizure is over (no antiepileptic medications administered).
Seizure lasts more than _____ minutes or for _____ # of multiple seizures in _____ (minutes).
Seizure does not stop by itself or with VNS within _____ minutes.
If emergency medications such as Diastat/diazepam rectal gel, Valtoco/Diazepam inhaled nasal spray or Nayzilam (midazolam) inhaled nasal spray is administered.
Student is injured during a seizure.
Seizure occurs in water.

Following a seizure:

- Student should rest in the nurse's office.
Student may return to class when fully awake except for new-onset seizures.
Parents should be notified immediately.

Medication(s) taken for the seizures at home?

Table with 3 columns: Medication, Dosage, When is it given (schedule)?

I give consent for the school nurse to contact the Healthcare Provider/Physician to discuss my child's condition and plan of care.

Parent/guardian's Name: _____ Phone #: _____

Signature: _____ Address: _____

Physician's Name (please print): _____ Phone #: _____

Signature: _____ Address: _____

Date order signed: _____

**Health Services Department
Plan De Manejo Medico y de Emergencia Para Epilepsia**

Nombre del alumno: _____ ID# _____ FDN: _____ Fecha: _____

Enfermera escolar: _____ Escuela: _____ Teléfono: _____

Este procedimiento de atención médica especializado se administrará al recibir este formulario completado junto con cualquier artículo especial del equipo.

Acción en caso de un ataque epiléptico: Proveen seguridad, retirar a los demás estudiantes del salón, aflojar o remover la ropa apretada, acostar el estudiante de lado.

Condición/Diagnóstico:

Convulsiones Parálisis Cerebral Espina Bífida Otro: _____

Tipo de convulsiones: _____

Procedimiento(s) requerido(s) para el estudiante mientras está en el entorno escolar (marque todos los que apliquen, firme, y anote la fecha en el formulario).

Medicamentos:

- Si las convulsiones duran más de _____ minutos o por _____ # de convulsiones múltiples en _____ (minutos) administrar _____ (medicamento) _____ mg por vía rectal/sublingual/oral/inhalado.
- Si se expulsa el medicamento, haga lo siguiente: _____

Estimulador del nervio vago (imán VNS)

- Deslizar el imán VNS al inicio de las convulsiones; luego cada _____ min. por _____ min. o cada _____ min. hasta que las convulsiones se detengan.

Llame al 911 si:

- El niño no se despierta dentro de _____ minutos después de que la convulsión ha terminado (no se ha administrado medicamento para epilepsia).
- La convulsión dura más de _____ minutos o por _____ # de convulsiones múltiples en _____ (minutos).
- La convulsión no se detiene por sí sola o con VNS en _____ minutos.
- Si se administran medicamentos de emergencia como Diastat/diazepam gel rectal, Valtoco/Diazepam en aerosol inhalado nasal o Nayzilam (midazolam) en aerosol inhalado nasal.
- Si el estudiante se lastima durante el ataque.
- El ataque ocurre en el agua.

Después del ataque:

- El estudiante debe descansar en la enfermería.
- El estudiante podrá regresar a la clase cuando esté completamente despierto, excepto por el inicio de una nueva convulsión.
- Los padres deben ser notificados inmediatamente.

¿Medicamentos tomados para las convulsiones en casa?

Medicamentos	Dosis de la medicación	¿Cuándo se administra (horario)?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Doy permiso a la enfermera de la escuela para que se comunique con el proveedor de servicios de salud o el médico para discutir la condición de mi hijo(a) y el plan de acción a seguir.

Nombre de padre/tutor: _____ Teléfono #: _____

Firma: _____ Dirección: _____

Nombre del médico (letra de molde): _____ Teléfono #: _____

Firma: _____ Dirección: _____

Fecha en que la orden fue firmada: _____