

# 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 las crisis

Este/a estudiante está recibiendo tratamiento para un desorden convulsivo. La siguiente información le ayudará en caso que se presente una crisis durante el horario escolar.

Nombre del/de la estudiante:	Fecha de nacimiento:	
Padre/Madre /Guardián legal:	Teléfono:	Celular:
Otro contacto de emergencia:	Teléfono:	Celular:
Médico tratante:	Teléfono:	

Historia médica significativa:

## Información de la crisis

Tipo de crisis	Duración	Frecuencia	Descripción

Lo que desencadena las crisis o señales de advertencia:

Reacción del estudiante después de una crisis:

## Primeros auxilios básicos y manera de confortar al estudiante

Por favor describa los procedimientos a seguir para administrar primeros auxilios básicos:

¿Necesita el estudiante salir del salón después de una crisis? En caso de ser necesario, describa el proceso para regresar al estudiante al salón de clase:  Sí  No

## Primeros auxilios básicos para una crisis

- Mantenga la calma y tome nota de la hora en que se inicia la convulsión
  - Mantenga al niño o niña seguro y a salvo
  - No lo/la sujete
  - No le ponga nada en la boca
  - Quédese con el niño o niña hasta que esté completamente consciente
  - Registre la convulsión en el registro de crisis.
- Para las convulsiones tónico-clónicas:**
- Proteja la cabeza
  - Mantenga abiertas las vías respiratorias/observe la respiración
  - Coloque al niño o niña de costado

## Respuesta ante Emergencias

Una "emergencia de crisis convulsiva" para este/a estudiante se define como:

Protocolo de emergencia de crisis convulsiva (Marque todo lo que aplique y aclare debajo)

Contacte la enfermera escolar al \_\_\_\_\_

Llame al 911 para su transporte a \_\_\_\_\_

Notifique a los padres o al contacto de emergencia

Administre los medicamentos de emergencia según se indica abajo

Notifique al médico

Otro \_\_\_\_\_

## Una convulsión generalmente se considera una emergencia cuando:

- Las convulsiones (tónico-clónicas) duran más de 5 minutos
- El/la estudiante tiene convulsiones que se repiten antes de que la persona recupere la consciencia completamente
- El estudiante está herido o tiene diabetes
- El estudiante presenta una convulsión por primera vez
- El estudiante tiene dificultades para respirar
- El estudiante tiene una convulsión mientras esta en el agua

## Protocolo de tratamiento durante el horario escolar (incluya medicamentos diarios y medicamentos de emergencia)

Medicamentos de emergencia	Medicamentos	Dosis y hora del día en que fue administrado	Efectos secundarios comunes e instrucciones especiales

¿Tiene el estudiante un estimulador del nervio vago?  Sí  No Si sí, describa el uso de imán:

## Consideraciones y precauciones especiales (con respecto a las actividades escolares, deportes, viajes, etc.)

Describa cualquier consideración o precaución especial:

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**STAFFORD TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT**  
**PERMISO DE PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**  
**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR**

Yo, \_\_\_\_\_ (padre / madre / tutor), por la presente doy permiso a la ENFERMERA DE LA ESCUELA para administrar el medicamento anterior a \_\_\_\_\_ (nombre del alumno).

Al firmar este formulario, reconozco y acepto:

- 1) Que he recibido y revisado cuidadosamente la Política 5330 y el Reglamento 5330;
- 2) Que se me informó por escrito que el Distrito Escolar del Municipio de Stafford no incurrirá en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la administración de este medicamento a mi hijo.
- 3) Que indemnizaré y no haré daño al Distrito ni a sus empleados o agentes contra cualquier lesión o reclamo que pueda surgir como resultado de la administración de este medicamento.
- 4) Que soy consciente de que si deseo retirar el permiso para que cualquier persona designada administre medicamentos, debo hacerlo por escrito.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE / TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

*Una vez completado, haga arreglos con la enfermera de la escuela para dejar este formulario y los medicamentos de su hijo. La enfermera de la escuela deberá revisar este formulario y enviarlo al Director para que lo complete. Tenga en cuenta que los estudiantes no pueden llevar medicamentos a la escuela para el parto.*

**AUTORIZACIÓN - PARA SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DEL DISTRITO**

By signing this form, I acknowledge that I have received and reviewed all sections of this form and give my approval for administration of medication as set forth herein.

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF SCHOOL PRINCIPAL**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF SCHOOL NURSE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

*Once completed, the school nurse shall forward appropriate information to the Superintendent's office.*

**STAFFORD TOWNSHIP SCHOOL DISTRICT  
PARENT PERMISSION TO ADMINISTER MEDICATION AT SCHOOL**

**TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN**

I, \_\_\_\_\_ (parent/guardian), hereby give permission to the SCHOOL NURSE to administer the above medication to \_\_\_\_\_ (pupil's name).

By signing this form, I acknowledge and agree:

- 1) That I have received and carefully reviewed Policy 5330 and Regulation 5330;
- 2) That I have been informed in writing that the Stafford Township School District shall incur no liability as a result of any injury arising from the administration of this medication to my child.
- 3) That I shall indemnify and hold harmless the District and its employees or agents against any injury or claims that may arise as a result of the administration of this medication.
- 4) That I am aware that if I desire to withdraw permission for any designee to administer medication, I must do so in writing.

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

*Once completed, please make arrangements with the school nurse to drop off this form and your child's medication. The school nurse shall then review this form and forward to the Principal for completion. Please be advised that students cannot self-carry medication into school for delivery.*

**AUTHORIZATION - TO BE COMPLETED BY DISTRICT PERSONNEL**

By signing this form, I acknowledge that I have received and reviewed all sections of this form and give my approval for administration of medication as set forth herein.

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF SCHOOL PRINCIPAL**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF SCHOOL NURSE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

*Once completed, the school nurse shall forward appropriate information to the Superintendent's office.*