

# SEIZURE ACTION PLAN (SAP)



Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Emergency Contact/Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

## Seizure Information

| Seizure Type | How Long It Lasts | How Often | What Happens |
|--------------|-------------------|-----------|--------------|
|              |                   |           |              |
|              |                   |           |              |
|              |                   |           |              |
|              |                   |           |              |

### How to respond to a seizure (check all that apply)

- First aid - **Stay. Safe. Side.**
- Give rescue therapy according to SAP
- Notify emergency contact
- Notify emergency contact at \_\_\_\_\_
- Call 911 for transport to \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_

### First Aid for any seizure

- STAY** calm, keep calm, begin timing seizure
- Keep me **SAFE** - remove harmful objects, don't restrain, protect head
- SIDE** - turn on side if not awake, keep airway clear, don't put objects in mouth
- STAY** until recovered from seizure
- Swipe magnet for VNS
- Write down what happens  
\_\_\_\_\_
- Other  
\_\_\_\_\_

### When to call 911

- Seizure with loss of consciousness longer than 5 minutes, not responding to rescue med if available
- Repeated seizures longer than 10 minutes, no recovery between them, not responding to rescue med if available
- Difficulty breathing after seizure
- Serious injury occurs or suspected, seizure in water

### When to call your provider first

- Change in seizure type, number or pattern
- Person does not return to usual behavior (i.e., confused for a long period)
- First time seizure that stops on its' own
- Other medical problems or pregnancy need to be checked

### 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 person able to resume usual activity? \_\_\_\_\_

## Special instructions

First Responders: \_\_\_\_\_

Emergency Department: \_\_\_\_\_

## Daily seizure medicine

| Medicine Name | Total Daily Amount | Amount of Tab/Liquid | How Taken<br>(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 \_\_\_\_\_

Diet Therapy:  Ketogenic  Low Glycemic  Modified Atkins  Other (describe) \_\_\_\_\_

Special Instructions: \_\_\_\_\_

## Health care contacts

Epilepsy Provider: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Primary Care: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Preferred Hospital: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Pharmacy: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

My signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# PLAN DE ACCIÓN PARA \_\_\_\_\_ (NAME) EN CASO DE CONVULSIONES



Inserte la Foto  
del Niño

## ACERCA DE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de un Contacto en Caso de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de un Contacto en Caso de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Tipo/Nombre de la Convulsión: \_\_\_\_\_

Qué Ocurre: \_\_\_\_\_

Cuánto Dura: \_\_\_\_\_

Con Cuánta Frecuencia: \_\_\_\_\_

### Desencadenantes de la Convulsión:

- Omitir el Medicamento     Falta de Sueño     Tensión Emocional     Tensión Física     Omitir Comidas  
 Alcohol/Drogas     Luces Parpadeantes     Ciclo Menstrual     Enfermedad con Fiebre Alta  
 Respuesta a Alimentos Específicos o Exceso de Cafeína    Especifique: \_\_\_\_\_  
 Otro    Especifique: \_\_\_\_\_

## PLAN DE TRATAMIENTO DIARIO

### Medicamento(s) para las Convulsiones

| Nombre | Cuánto | Con Cuánta Frecuencia/Cuándo |
|--------|--------|------------------------------|
|        |        |                              |
|        |        |                              |
|        |        |                              |
|        |        |                              |

**Tratamiento/Cuidados Adicionales:** (p. ej.: dieta, sueño, dispositivos, etc.)



### PRECAUCIÓN – TRATAMIENTO INTENSIFICADO

Los síntomas que señalan una convulsión pueden estar en proceso y es posible que necesite tratamiento adicional:

- Dolor de Cabeza     Episodios de Mirada Fija     Confusión     Mareos     Cambio en La Visión/Auras  
 Sentimiento Repentino de Miedo o Ansiedad     Otro    Especifique: \_\_\_\_\_

### Tratamiento Adicional:

- Continúe el Plan de Tratamiento Diario
- Si omitió el medicamento, administre la dosis recetada anteriormente tan pronto como sea posible.
  - No administre una dosis doble ni administre medicamentos con menos de 6 horas de separación.
- Cambiar a: \_\_\_\_\_    Cuánto: \_\_\_\_\_    Con cuánta frecuencia/Cuándo: \_\_\_\_\_
- Añadir: \_\_\_\_\_    Cuánto: \_\_\_\_\_    Con cuánta frecuencia/Cuándo: \_\_\_\_\_
- Otros Tratamientos/Cuidados (es decir: sueño, dispositivos): \_\_\_\_\_

# PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE CONVULSIONES

## PELIGRO – OBTENGA AYUDA AHORA

### Siga los Primeros Auxilios al Dorso en Caso de Convulsión

- Encuentre un adulto capacitado en medicamentos de rescate:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_
- Registre la Duración y el tiempo de cada convulsión
- Llame al 911 si:
  - El niño tiene convulsiones que duran más de \_\_\_ minutos
  - El niño está lesionado o tiene diabetes
  - El niño tiene convulsiones repetidas sin recuperar el conocimiento
  - El niño tiene dificultad para respirar

**Cuando el personal de servicios de emergencia médica llegue, un proveedor de atención médica realizará una evaluación individual para determinar cuáles son los pasos siguientes adecuados.**

### Terapia de Rescate:

- Terapia de rescate de acuerdo con las indicaciones del médico:

## RECUPERACIÓN POSTERIOR A LA CONVULSIÓN

### Conductas/Necesidades típicas después de la convulsión:

- Dolor de Cabeza
- Somnolencia/Sueño
- Náusea
- Agresión
- Confusión/Caminar Errante
- Mirada Inexpresiva
- Otro Especifique: \_\_\_\_\_

Revisado/Aprobado por:

Firma del Médico

Fecha

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

## PRIMEROS AUXILIOS EN CASO DE CONVULSIÓN



Image adapted with permission from the Epilepsy Foundation of America

**CONOZCA MÁS Y DESCARGUE UNA VERSIÓN DE ESTE PLAN DE ACCIÓN EN:**



[childneurologyfoundation.org/sudep](http://childneurologyfoundation.org/sudep)



[dannydid.org](http://dannydid.org)



**EPILEPSY  
FOUNDATION**  
SUDEP INSTITUTE

[epilepsy.com/sudep-institute](http://epilepsy.com/sudep-institute)