

癫痫发作应急计划 (SAP)

来源：美国癫痫基金会



姓名: _____ 出生日期: _____

地址: _____ 电话: _____

紧急联系人/关系: _____ 电话: _____

癫痫发作信息

癫痫发作类型	持续时长	发生频率	具体表现

如何应对癫痫发作（请勾选所有适用项）

- ☐ 急救——留在身边。保证安全。让其侧卧。
- ☐ 根据 SAP 给与抢救药物
- ☐ 通知紧急联系人: _____
- ☐ 拨打 911 送往: _____
- ☐ 其他: _____

癫痫发作时的急救措施

- ☐ 从容不迫，保持冷静，开始计时癫痫发作
- ☐ 保证我的安全——移除有害物体，勿束缚肢体，保护头部
- ☐ 将患者调整为侧躺姿势——如果未清醒，请调整为侧卧，保持呼吸道畅通，勿将物品放入口中
- ☐ 留在身边，直到从癫痫发作中恢复过来
- ☐ 刷磁铁，启动迷走神经刺激器 (VNS)
- ☐ 写下发生情况 _____
- ☐ 其他: _____

何时拨打 911

- ☐ 癫痫发作，失去意识超过 5 分钟，有抢救药物但无反应
- ☐ 癫痫连续发作，超过 10 分钟，发作期间无法恢复，有抢救药物但无反应
- ☐ 癫痫发作后呼吸困难
- ☐ 发生或疑似严重受伤，或在水中发作

何时先联系医生

- ☐ 癫痫发作类型、次数或模式发生改变
- ☐ 患者无法恢复至正常行为（即长时间意识混乱）
- ☐ 首次癫痫发作自行停止
- ☐ 存在其他医疗问题或怀孕需检查

何时可能需要抢救药物：

适用时机和措施

如果癫痫发作（成簇癫痫发作、次数或持续时间）： _____

药品名称/处方： _____ 给药方法（剂量）： _____

如何给药： _____

如果癫痫发作（成簇癫痫发作、次数或持续时间）： _____

药品名称/处方： _____ 给药方法（剂量）： _____

如何给药： _____

如果癫痫发作（成簇癫痫发作、次数或持续时间）： _____

药品名称/处方： _____ 给药方法（剂量）： _____

如何给药： _____

癫痫发作后的护理

需要哪些类型的帮助？（请描述）： _____
何时可恢复正常活动？： _____

特别说明

急救人员： _____
急诊科： _____

日常抗癫痫药

药物名称	每日总量	药片/药液剂量	服用方式 (每次剂量和服用时间)

其他信息

诱因： _____
重要病史： _____
过敏： _____
癫痫手术（类型、日期、副作用）： _____
器械：☐ 迷走神经刺激器 (VNS) ☐ 反应性神经刺激器 (RNS) ☐ 脑深部刺激器 (DBS) 植入日期： _____
饮食疗法：☐ 生酮饮食 ☐ 低糖饮食 ☐ 改良阿特金斯饮食 ☐ 请他（请描述）： _____
特别说明： _____

医疗联系人

癫痫科医生： _____ 电话： _____
全科医生： _____ 电话： _____
首选医院： _____ 电话： _____
药房： _____ 电话： _____

我的签名： _____ 日期： _____
医生签名： _____ 日期： _____