

Plan d'action en cas de crise (PAS)

Crédit : Fondation américaine pour l'épilepsie, Inc.

Nom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____
Contact/relation d'urgence : _____ Téléphone : _____

Informations sur les crises

Type de crise	Combien de temps cela dure	À quelle fréquence	Ce qui se passe

Comment réagir à une crise (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Premiers secours - Restez. Sûr. Côté.
- ☐ Administrer un traitement de secours selon le PAS
- ☐ Prévenez le contact d'urgence au _____
- ☐ Appelez le 911 pour être transporté à _____
- ☐ Autre : _____

Premiers secours en cas de crise

- ☐ RESTEZ calme, restez calme, commencez à chronométrer la crise
- ☐ Gardez-moi en sécurité – retirez les objets dangereux, ne mettez pas de restrictions, protégez la tête
- ☐ CÔTÉ - tournez-vous sur le côté si vous n'êtes pas éveillé, gardez les voies respiratoires dégagées, ne mettez pas d'objets dans la bouche
- ☐ RESTEZ jusqu'à ce que vous soyez guéri de la crise
- ☐ Aimant de balayage pour système VNS
- ☐ Écrivez ce qui se passe _____
- ☐ Autre : _____

Quand appeler le 911

- ☐ Crise avec perte de connaissance de plus de 5 minutes, ne répondant pas aux médicaments de secours s'ils sont disponibles
- ☐ Crises répétées de plus de 10 minutes, sans récupération entre elles, ne répondant pas aux médicaments de secours s'ils sont disponibles
- ☐ Difficulté à respirer après une crise
- ☐ Blessure grave ou suspicion de blessure, crise dans l'eau

Quand appeler votre prestataire en premier

- ☐ Modification du type, du nombre ou du schéma des crises
- ☐ La personne ne revient pas à son comportement habituel (c'est-à-dire qu'elle est confuse pendant une longue période)
- ☐ Première crise qui s'arrête d'elle-même
- ☐ Il faut vérifier s'il y a d'autres problèmes médicaux ou une grossesse

Quand un traitement de secours peut être nécessaire :

Quand et quoi faire

En cas de crise (groupe, nombre ou durée) : _____
Nom du médicament/ordonnance : _____ Mode d'administration (dose) : _____
Comment donner : _____

En cas de crise (groupe, nombre ou durée) : _____
Nom du médicament/ordonnance : _____ Mode d'administration (dose) : _____
Comment donner : _____

En cas de crise (groupe, nombre ou durée) : _____
Nom du médicament/ordonnance : _____ Mode d'administration (dose) : _____
Comment donner : _____

Plan d'action en cas de crise (PAS)

Soins après une crise

De quel type d'aide avez-vous besoin ? (décrire) : _____

Quand la personne est-elle capable de reprendre ses activités habituelles ? : _____

Instructions spéciales

Premiers intervenants : _____

Urgences : _____

Médicament quotidien contre les crises

Nom du médicament	Quantité totale quotidienne	Quantité de comprimé/liquide	Comment doit-il être pris (heure de chaque dose et quelle quantité)

Autres informations

Déclencheurs : _____

Antécédents médicaux importants : _____

Allergies : _____

Chirurgie de l'épilepsie (type, date, effet secondaire) : _____

Appareil : ☐ VNS ☐ RNS ☐ DBS Date de mise en œuvre : _____

Thérapie diététique : ☐ Cétogène ☐ Faible indice glycémique ☐ Atkins modifié ☐ Autre (décrire) : _____

Instructions spéciales : _____

Coordonnées des services de santé

Prestataire de services liés à l'épilepsie : _____ Téléphone : _____

Premiers soins : _____ Téléphone : _____

Hôpital préféré : _____ Téléphone : _____

Pharmacie : _____ Téléphone : _____

Ma signature : _____ Date : _____

Signature du prestataire : _____ Date : _____