

Plan de acción ante convulsiones (SAP)

Crédito: Epilepsy Foundation of America, Inc.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia/relación: _____ Teléfono: _____

Información de la convulsión

Tipo de convulsión	Cuánto dura	Con qué frecuencia	Qué sucede

Cómo responder ante una convulsión (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Primeros auxilios: Permanecer. Seguro. De lado.
- ☐ Proporcione una terapia de rescate de acuerdo con el SAP.
- ☐ Avise al contacto de emergencia al _____.
- ☐ Llame al 911 para trasladarlo a _____.
- ☐ Otro: _____

Primeros auxilios para cualquier convulsión

- ☐ PERMANEZCA en calma, mantenga la calma y comience a cronometrar las convulsiones.
- ☐ Mantenga a la persona SEGURA: retire los objetos dañinos, no los sujete, proteja la cabeza.
- ☐ DE LADO: coloque a la persona de lado si no está despierta, mantenga las vías respiratorias despejadas, no ponga objetos en la boca.
- ☐ PERMANEZCA hasta que se recupere de la convulsión.
- ☐ Deslice el imán para el estimulador del nervio vago (VNS).
- ☐ Anote lo que sucede _____
- ☐ Otro: _____

Cuándo llamar al 911

- ☐ Convulsión con pérdida del conocimiento durante más de 5 minutos, sin responder al medicamento de rescate si está disponible.
- ☐ Convulsiones repetidas que duran más de 10 minutos, no hay recuperación entre los episodios, no responden al medicamento de rescate si está disponible.
- ☐ Dificultad para respirar después de una convulsión.
- ☐ Se produce o se sospecha que hay una lesión grave, una convulsión en el agua.

Cuándo llamar primero a su proveedor

- ☐ Cambio en el tipo, número o patrón de las convulsiones.
- ☐ La persona no vuelve a su comportamiento habitual (es decir, está confundida durante un periodo prolongado).
- ☐ Primera convulsión que se detiene por sí sola.
- ☐ Es necesario controlar en caso de haber otros problemas médicos o estar embarazada.

Cuándo se puede necesitar terapia de rescate:

Cuándo y qué hacer

En caso de convulsión (cantidad, número o duración): _____

Nombre del medicamento/receta: _____ Cómo administrar (dosis): _____

Cómo administrar: _____

En caso de convulsión (cantidad, número o duración): _____

Nombre del medicamento/receta: _____ Cómo administrar (dosis): _____

Cómo administrar: _____

En caso de convulsión (cantidad, número o duración): _____

Nombre del medicamento/receta: _____ Cómo administrar (dosis): _____

Cómo administrar: _____

Plan de acción ante convulsiones (SAP)

Cuidados después de una convulsión

¿Qué tipo de ayuda se necesita? (describa): _____

¿Cuándo puede la persona reanudar sus actividades habituales?: _____

Instrucciones especiales

Personal de servicios de emergencia: _____

Departamento de Emergencias: _____

Medicamento diario para las convulsiones

Nombre del medicamento	Cantidad diaria total	Cantidad de tabletas/ líquido	Cómo se toma (hora y cantidad de cada dosis)

Otra información

Desencadenantes: _____

Historial médico importante: _____

Alergias: _____

Cirugía de epilepsia (tipo, fecha, efecto secundario): _____

Dispositivo: ☐ VNS ☐ RNS ☐ DBS Fecha de implementación: _____

Terapia dietética: ☐ Cetogénica ☐ Glucémica baja ☐ Atkins modificada ☐ Otra (describa): _____

Instrucciones especiales: _____

Contactos de atención médica

Proveedor de epilepsia: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Hospital preferido: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Mi firma: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____