

SCHOOL DISTRICT OF NEW LONDON - HEALTH SERVICES

Seizure - Action Plan – **CONFIDENTIAL**

(Please complete both sides of form)

Student Name _____ Grade _____ Age _____ Date of Birth _____

Parent/Guardian _____ Work# _____ Cell # _____

Neurologist Name _____ Phone number _____

Significant Medical History or Conditions _____

Seizure Information

Seizure Type	Length of Seizures	Frequency of Seizures	Description of Seizure Activity

Seizure triggers and/or warning signs: _____

When was your child's last seizure? _____

Child's response after a seizure: _____

Does the child need to leave the classroom after a seizure? ☐ Yes ☐ No If yes, please describe process/when child can return to classroom _____

Emergency Response

A seizure emergency for this student is defined as:	Seizure Emergency Protocol (check all that apply) ☐ Administer emergency medication as indicated below ☐ Call 911 ☐ Have transported to hospital; if so, which one? _____ ☐ Call parent ☐ Call school nurse ☐ Allow to rest at school; if so, how long? _____ ☐ Other _____	Basic Seizure First Aid • Stay calm & track the time • Keep child safe • Do not restrain • Do not put anything in their mouth • Turn child on their side • Stay with the child until fully conscious • Record seizure on seizure log For Tonic-Clonic Seizures: • Protect the head • Keep airway open/watch breathing
		A Seizure is Generally Considered an Emergency When • Convulsive (tonic-clonic) seizure lasts longer than 5 minutes • Child has repeated seizures without regaining consciousness • Child is injured or has diabetes • Child has first-time seizure • Child has breathing difficulties • Child has seizure in water

Special Considerations/Precautions (regarding school activities, PE class, recess, sports, trips, etc.)

Describe any special considerations/precautions: _____

NOTE: If medication is needed at school, prescription medication must come with the correct prescription label on the bottle or box, over the counter medication must be a new unopened package and must be kept at school for your child to participate in field trips/extracurricular activities.

****Emergency medication will be sent with school staff on all school sponsored field trips****

- ☐ **YES**, my child needs medication on the **bus to and from school** and **I as the parent will** provide their emergency medication, *which will be in their backpack at all times.*
- ☐ **NO**, my child does not require medication on the bus to and from school.

Does your child have a **Vagus Nerve Stimulator**? ☐ Yes ☐ No If yes, please describe magnet use: _____

Treatment Protocol During School Hours (include daily and emergency medications)

Medication (daily and emergency)	Dosage, Time, & Routes Given	Side Effects & Special Instructions

Starting Date: _____ Termination Date: **August 30, 2026**

Precautions, possible *unfavorable* reactions, and/or interventions: _____

Health Care Provider Name (please print): _____

Provider’s Phone: _____ Provider’s Fax # (required): _____

Health Care Provider Signature: _____
(Health Care Provider signature is required annually for all prescription medications)

Parent Signature _____ Date _____

School Nurse Signature _____ Date _____

Upon completing this form, please hand it in at registration/open house, have the doctor fax it, OR save it and email the form to Jenny Penn, MSN, RN at jpenn@newlondon.k12.wi.us. Thank you.

DISTRITO ESCOLAR DE NEW LONDON - SERVICIOS DE SALUD

(Spanish-Seizure) Convulsión - Plan de acción- CONFIDENCIAL

(Por favor complete ambos lados del formulario)

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Padre/Guardián _____ # de trabajo _____ # de celular _____

Nombre del neurólogo _____ Número de teléfono _____

Historial médico o condiciones médicas significativas _____

Información sobre convulsiones

Tipo de convulsión	Duración de las convulsiones	Frecuencia de las convulsiones	Descripción de la actividad convulsiva

Desencadenantes de convulsiones y/o señales de advertencia: _____

¿Cuándo fue la última convulsión de su hijo? _____

Respuesta del niño después de una convulsión: _____

¿Es necesario que el niño salga del salón después de una convulsión? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describa el proceso y cuándo puede regresar el niño al salón _____

Respuesta de emergencia

Una emergencia convulsiva para este estudiante se define como:	Protocolo de emergencia en caso de convulsiones (marque todas las que correspondan) ☐ Administrar medicación de emergencia como se indica a continuación ☐ Llama al 911 ☐ Han sido trasladados al hospital; Si es así, ¿cuál? _____ ☐ Llamar a los padres ☐ Llamar al enfermero de la escuela ☐ Permitir descansar en la escuela; si es así, ¿por cuánto tiempo? _____ ☐ Otro _____	Primeros auxilios básicos en caso de convulsiones • Mantén la calma y toma nota del tiempo • Mantenga al niño seguro • No restringir • No les pongas nada en la boca • Poner al niño de su lado • Permanecer con el niño hasta que esté completamente consciente. • Apunte la convulsión en el registro de convulsiones Para las convulsiones tónico-clónicas: • Proteger la cabeza • Mantener abiertas las vías respiratorias/observar la respiración
		Una convulsión generalmente se considera una emergencia cuando • La convulsión convulsiva (tónico-clónica) dura más de 5 minutos • El niño tiene convulsiones repetidas sin recuperar la conciencia • El niño está lesionado o tiene diabetes • El niño tiene convulsiones por primera vez • El niño tiene dificultades respiratorias • El niño tiene convulsiones en el agua

Consideraciones especiales/Precauciones (en relación con actividades escolares, clases de educación física, recreos, deportes, excursiones, etc.)

Describe cualquier consideración o precaución especial: _____

VOLTEA A OTRO LADO para la pág. 2

NOTA: Si se necesitan medicamentos en la escuela, los medicamentos recetados deben venir con la etiqueta de prescripción correcta en el frasco o caja, los medicamentos de venta libre deben ser un paquete nuevo sin abrir y deben conservarse en la escuela para que su hijo pueda participar en excursiones o actividades extracurriculares.

****El personal escolar enviará medicamentos de emergencia en todas las excursiones patrocinadas por la escuela.****

- ☐ **SÍ**, mi hijo necesita medicamentos en el **autobús hacia y desde la escuela** y **yo como padre le proporcionaré su medicamento de emergencia, *que estará en su mochila en todo momento.***
- ☐ **NO**, mi hijo no necesita tomar medicamentos en el autobús hacia y desde la escuela.

¿Su hijo tiene un **estimulador del nervio vago**? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describa el uso del imán:

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

Medicación (diaria y de emergencia)	Dosis, tiempo y vías de administración	Efectos secundarios e instrucciones especiales

Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: **30 de agosto, 2026**

Precauciones, posibles *adversas* reacciones, y/o intervenciones: _____

Nombre del proveedor de atención médica (por favor imprimir): _____

Teléfono del proveedor: _____ # de fax del proveedor (requerido): _____

Firma del proveedor de atención médica: _____
(Se requiere la firma del proveedor de atención médica anualmente para todos los medicamentos recetados)

Firma del padre _____ Fecha _____

Firma del enfermero de la escuela _____ Fecha _____

Una vez que haya completado este formulario, imprímalo y entréguelo en el momento de la inscripción o la jornada de puertas abiertas, o guárdelo y envíelo por correo electrónico a Jenny Penn, MSN, RN a jpenn@newlondon.k12.wi.us. Gracias.

QUARTIER SCOLAIRE DE NEW LONDON- SERVICES DE SANTÉ

(French-Seizure) Crise d'épilepsie- Plan d'action CONFIDENTIEL

(Veuillez remplir les deux côtés du formulaire)

Nom de l'étudiant _____ Degré _____ Âge _____ Date de naissance _____

Parent/Tuteur _____ emploi # _____ # de téléphone portable _____

Nom du neurologue _____ Numéro de téléphone _____

Antécédents médicaux ou problèmes de santé importants _____

Informations sur la saisie

Type de crise	Durée de la crise	Fréquence des crises	Description de l'activité convulsive

Déclencheurs de crises et/ou signes avant-coureurs: _____

À quand remonte la dernière crise de votre enfant? _____

Réaction de l'enfant après une crise: _____

Un enfant doit-il quitter la pièce après une crise? ☐ Oui ☐ Non Si oui, décrivez le processus et quand l'enfant peut retourner en classe _____

intervention d'urgence

Une urgence de crise pour cet élève est définie comme:	Protocole de saisie d'urgence (cochez toutes les réponses applicables) ☐ Administrer les médicaments d'urgence comme indiqué ci-dessous ☐ Appelez le 911 ☐ Ils ont été emmenés à l'hôpital; Si oui, lequel ? _____ ☐ Appeler les parents ☐ Appelez l'infirmière de l'école ☐ Autoriser le repos à l'école; Si oui, pour combien de temps? _____ ☐ Autre _____	Premiers secours de base en cas de convulsions • Restez calme et prenez note de la météo • Gardez l'enfant en sécurité • Ne pas restreindre • Ne leur mettez rien dans la bouche • Mettez l'enfant à vos côtés • Restez avec l'enfant jusqu'à ce qu'il soit pleinement conscient. • Enregistrer la crise dans le journal des crises Pour les crises tonico-cloniques : • Protéger la tête • Garder les voies respiratoires ouvertes/observer la respiration
		Une crise est généralement considérée comme une urgence lorsque • Les crises convulsives (tonico-cloniques) durent plus de 5 minutes • L'enfant a des crises répétées sans reprendre connaissance • L'enfant est blessé ou souffre de diabète • L'enfant a des convulsions pour la première fois • L'enfant a des difficultés respiratoires • L'enfant a des convulsions dans l'eau

Considérations spéciales/précautions (en relation avec les activités scolaires, les cours d'éducation physique, les récréations, les sports, les excursions, etc.)

Décrivez toute considération ou précaution particulière: _____

TOURNEZ L'AUTRE CÔTÉ pour la page 2

REMARQUE : Si des médicaments sont nécessaires à l'école, les médicaments sur ordonnance doivent être accompagnés de la bonne étiquette d'ordonnance sur le flacon ou la boîte. Les médicaments en vente libre doivent être un emballage neuf et non ouvert et doivent être conservés à l'école afin que votre enfant puisse participer aux excursions. ou des activités parascolaires.

****Le personnel de l'école enverra des médicaments d'urgence lors de toutes les sorties scolaires parrainées par l'école.****

- ☐ **OUI**, mon enfant a besoin de médicaments dans **le bus aller-retour à l'école et moi en tant que parent** lui fournirai ses médicaments d'urgence, *qui seront dans son sac à dos à tout moment.*
- ☐ **NON**, mon enfant n'a pas besoin de prendre de médicaments dans le bus aller-retour à l'école.

Votre enfant a-t-il un **stimulateur du nerf vague**? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez décrire l'utilisation de l'aimant:

Protocole de traitement pendant les heures de classe (comprend les médicaments quotidiens et d'urgence)

Médicaments (quotidiens et d'urgence)	Posologie, moment et voies d'administration	Effets secondaires et instructions spéciales



Date de début: _____ Date de résiliation: **30 août 2026**

Précautions, effets *indésirables* possibles et/ou interventions: _____

Nom du prestataire de soins de santé (veuillez imprimer): _____

Téléphone du fournisseur _____ # de fax du fournisseur (obligatoire): _____

Signature du prestataire de soins de santé _____
(Signature du fournisseur de soins de santé requise chaque année pour tous les médicaments sur ordonnance)

Signature du père _____ Date _____

Signature de l'infirmière scolaire _____ Date _____

Une fois que vous avez rempli ce formulaire, imprimez-le et renvoyez-le au moment de l'inscription ou de la journée portes ouvertes, ou enregistrez-le et envoyez-le par courrier électronique à Jenny Penn, MSN, RN à jpenn@newlondon.k12.wi.us.
Merci.