

学生姓名: _____ 学年: _____

出生日期: _____ 年级: _____ 学校: _____ 教室: _____

家长/监护人: _____ 电话: _____

工作电话: _____ 手机: _____

家长/监护人电邮: _____ 惯用语言: _____

其他紧急联络人: _____ 电话: _____

工作电话: _____ 手机: _____

孩子的神经科医生: _____ 电话: _____

地点: _____

孩子的家庭医生: _____ 电话: _____

地点: _____

重要的病史或疾病情况:

如果在上学期间出现健康问题，学校护士应该打电话/发短信给谁？

名字 _____ 关系 _____ 电话号码 _____

名字 _____ 关系 _____ 电话号码 _____

发作资料

你的孩子在什么时候被诊断出有发作或癫痫症？ _____

发作类型	多长时间	次数	请说明

请在下页继续填写

什么事物可能引起你孩子的癫痫发作? _____

在癫痫发作前是否有任何警讯和/或行为上的改变? 否 是

如果是, 请说明: _____

你孩子最后一次癫痫发作是什么时候? _____

你孩子最近的癫痫发作情况是否有任何改变? 否 是

如果是, 请说明: _____

你孩子最后一次的癫痫发作是什么时候? _____

在癫痫发作后, 你孩子有何反应: _____

其他疾病如何影响你孩子控制癫痫的发作? _____

基本急救：照顾和让学生感到舒适

你孩子在癫痫发作后是否需要离开教室? 否 是

如果是, 你会建议我们用什么方法让你的孩子重返教室?

紧急癫痫发作情况

请描述什么算是你孩子的紧急情况(答案可能需要咨询治疗医生和学校护士。) ****请注意, 学校护士会跟从现在的医生的指示。**请在下方描述。

孩子是否曾因持续癫痫发作而需要住院? 否 是

如果是, 请说明。请在下方描述。

发作时所需的药物和治疗资讯

你的孩子需要吃什么药?

药物	剂量	一天中使用的次数和时间	可能的副作用

请在下页继续填写

医生有为你的孩子开了哪些紧急/解救药物?

药物	剂量	用药说明(时间*和方法**)	服用药后该怎样做

你孩子在上学期间需要服用哪些药物? _____

服用这些药物是否要用特殊方式来进行? 否 是

如果是, 请说明 _____

是否要注意有任何特定的反应? 否 是

如果是, 请说明 _____

当你的孩子错过服用剂量时该怎么做(在家里或学校)?

学校是否需要备用药物给你孩子来使用, 万一他们错过在家服用?

否 是

你的孩子是否有迷走神经刺激器(Vagus Nerve Stimulator)? 否 是

如果是, 请描述适当磁铁使用的说明:

特别考虑和预防措施

请挑选所有适用项目, 同时请描述任何需要特别考虑或预防措施:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 总体健康 _____ | <input type="checkbox"/> 体育 _____ |
| <input type="checkbox"/> 身体功能 _____ | <input type="checkbox"/> 休息 _____ |
| <input type="checkbox"/> 学习 _____ | <input type="checkbox"/> 户外教学 _____ |
| <input type="checkbox"/> 行为 _____ | <input type="checkbox"/> 交通服务 _____ |
| <input type="checkbox"/> 心情/应对 _____ | <input type="checkbox"/> 文化/宗教上的关注 _____ |

家长/监护人签名: _____ 日期: _____

学校护士签名: _____ 日期: _____

更新日期: _____