

My Seizure Stoplight Tool

Date: _____ Member's Name: _____ Date of Birth: _____

Doctor's Name: _____ Doctor's Phone: _____

GREEN ZONE

I am managing my seizures well!



I know these are my seizure triggers and try to avoid them:

I take this medicine EVERY DAY to keep my Seizures in CONTROL:

Name of medicine: _____ Dose: _____ When to take it: _____
 _____ → _____ → _____ times a day

I also take this medicine EVERY DAY to keep my Seizures in CONTROL:

Name of medicine: _____ Dose: _____ When to take it: _____
 _____ → _____ → _____ times a day

I refill my medication(s) at:

Name of pharmacy: _____ Phone number: _____

I will call when I have 7 days of medication left so I do not run out.

My school has my rescue medication and seizure action plan.

YELLOW ZONE

I may be at risk for having a seizure.



I may be at risk for having a seizure if:

- I miss doses of my medication
- I am stressed
- I stayed up late or got up early
- I am on my period
- I begin to feel sick, have a fever, or viral symptoms (cough, diarrhea, vomiting, earache)

When I have warning signs, I:

I call my primary care provider when I have FEVER or VIRAL SYMPTOMS (cough, diarrhea, vomiting, earache) for evaluation and treatment.

RED ZONE

Seizure is continuing.

If a **SEIZURE LASTS FOR MORE THAN 5 MINUTES** or occurs in a cluster (2 or more consecutive seizures within 5 minutes), use rescue seizure medicine: _____

Dose: _____ repeat _____ times after _____ minutes if seizure persists.

What to do:

Call 911 if seizure continues after second dose of rescue medicine, child is injured, has trouble breathing, or does not wake up.

Notify my health care provider:

Name of provider: _____ Phone number: _____



Basic Seizure First Aid

- Remain calm
- Move furniture to protect child from injury
- Time the length of the seizure
- Turn the child on his or her side
- Cushion the child's head

- Do not restrain or put anything in mouth
- Observe type of movements to share with the medical provider
- Use VNS magnet if you have vagus nerve stimulator

After seizure, it is normal to feel tired, confused and weak.

24/7 Texas Children's Health Plan Nurse Help Line: **1-800-686-3831**

24/7 Behavioral Health Hotline: **Medicaid/STAR: 1-800-731-8529 | CHIP: 1-800-731-8528 | STAR Kids: 1-844-818-0125**

Reference: <https://pedsinreview.aappublications.org/content/41/7/321>

Mi Herramienta Semáforo Para Los Ataques

Fecha: _____ Nombre del Miembro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El nombre del doctor: _____ Teléfono del doctor: _____

ZONA VERDE

¡Estoy manejando muy bien mis ataques!



Sé que estos son los factores que activan mis ataques e intento evitarlos:

Tomo este medicamento **TODOS LOS DÍAS** para mantener mis ataques bajo CONTROL:

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Lo tomo : _____
 _____ → _____ → _____ veces al día

También tomo este medicamento **TODOS LOS DÍAS** para mantener mis ataques bajo CONTROL:

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Lo tomo : _____
 _____ → _____ → _____ veces al día

Repongo mis medicamentos en:

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Llamo para reponer mi medicamento cuando me queda suficiente para 7 días, para que nunca se me acabe.

Mi escuela tiene mi medicamento de rescate y plan de acción en caso de un ataque.

ZONA AMARILLA

Puedo estar en riesgo de sufrir un ataque.



Puedo estar en riesgo de sufrir un ataque si:

- No tomo mi medicamento todas las veces que debo tomarlo Estoy estresado
- Me quedé despierto hasta tarde anoche o me levanté muy temprano Tengo mi periodo
- Comienzo a sentirme mal, a tener fiebre o síntomas virales (tos, diarrea, vómito, dolor de oído)

Cuando tengo señales de que viene un episodio, yo:

- Llamo a mi proveedor de atención primaria cuando tengo FIEBRE o SÍNTOMAS VIRALES (tos, diarrea, vómito, dolor de oído) para evaluación y tratamiento.

ZONA ROJA

Los ataques continúan.

Si un **ATAQUE DURA MÁS DE 5 MINUTOS** o suceden 2 ataques o más de manera seguida en un periodo de 5 minutos, usar este medicamento de rescate: _____ Dosis: _____ repetir _____ veces, después de _____ minutos si los ataques continúan.

Qué hacer:

Llamar al 911 si los ataques continúan después de la segunda dosis del medicamento de rescate, si el niño se lastima, si le cuesta respirar o no se despierta.

Avisar a mi proveedor de atención primaria:

Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono: _____



Primeros Auxilios Básicos En Caso De Sufrir Un Ataque

- Mantenerse tranquilo.
 - Mover los muebles para evitar lesiones.
 - Tomar el tiempo de duración de cada ataque.
 - Voltrear al niño y colocarlo de costado.
 - Amortiguar la cabeza del niño.
 - No intentes controlar su boca ni pongas nada en ella.
 - Observa los tipos de movimientos para después informar de ellos al proveedor médico.
 - Utiliza el imán VNS si tienes un estimulador del nervio vago.
- Después de un ataque, es normal que el niño se sienta cansado, confundido y débil.

Texas Children's Health Plan Línea de Asistencia de Enfermería 24/7: **1-800-686-3831**

Texas Children's Health Plan Línea de Salud de Conducta 24/7: **Medicaid/STAR: 1-800-731-8529 | CHIP: 1-800-731-8528 |**

STAR Kids: 1-844-818-0125

Referencia: <https://pedsinreview.aappublications.org/content/41/7/321>