



MY SEIZURE STOPLIGHT TOOL

DATE
PATIENT'S NAME
PROVIDER
NEXT VISIT

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:
 _____ (MEDICINE) ____ (DOSE/TIME) ____ (DOSE/TIME), ____ (DOSE/TIME)
 _____ (MEDICINE) ____ (DOSE/TIME) ____ (DOSE/TIME), ____ (DOSE/TIME)
 _____ (MEDICINE) ____ (DOSE/TIME) ____ (DOSE/TIME), ____ (DOSE/TIME)

- I refill my medication at _____ pharmacy. The telephone number is _____ and 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 begin to feel sick, have a fever, or viral symptoms (cough, diarrhea, vomiting, earache).
- I stayed up late or got up early.
- I am stressed.
- I am on my period.
- Other: _____.

- 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.

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.
- 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 _____ (NAME), _____ (DOSE), Repeat _____ times after _____ minutes if seizure persists.

RED ZONE

SEIZURE IS CONTINUING.

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:

 Phone: _____

QUESTIONS? 24/7 Texas Children's Blue Bird Circle Clinic: 832-822-5046





MI HERRAMIENTA SEMÁFORO PARA LOS ATAQUES

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL MÉDICO

PRÓXIMA CONSULTA

ZONA VERDE

MANEJO BIEN
MIS ATAQUES.



Sé que estos son los factores desencadenantes de mis ataques e intento evitarlos: _____.

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

_____ (MEDICAMENTO) ____ (DOSIS/HORA) ____ (DOSIS/HORA), ____ (DOSIS/HORA)

_____ (MEDICAMENTO) ____ (DOSIS/HORA) ____ (DOSIS/HORA), ____ (DOSIS/HORA)

_____ (MEDICAMENTO) ____ (DOSIS/HORA) ____ (DOSIS/HORA), ____ (DOSIS/HORA)

- Repongo mi medicamento en la farmacia _____. El número de teléfono es _____ y voy a llamar cuando me quede medicamento para 7 días para no se me termine.
- 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.
- Comienzo a sentirme mal, a tener fiebre o síntomas virales (tos, diarrea, vómito, dolor de oído).
- Me quedé despierto hasta tarde anoche o me levanté bien temprano.
- Estoy estresado.
- Tengo mi periodo.
- Otros: _____.

- Cuando tengo indicios de un episodio, yo _____.
- Llamo a mi **PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA** _____ cuando tengo **FIEBRE** o **SÍNTOMAS VIRALES** (tos, diarrea, vómito, dolor de oído) para recibir una evaluación y tratamiento.

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS EN CASO DE SUFRIR UN ATAQUE:

- Mantenerse tranquilo.
 - Mover los muebles para protegerse de lesiones.
 - Tomar el tiempo de la duración de los ataques.
 - Voltear al niño y colocarlo de costado.
 - Amortiguar la cabeza del niño.
 - No refrene su boca ni ponga nada en ella.
 - Observe los tipos de movimiento para compartirlos con su proveedor médico.
 - Use el imán VNS si tiene un estimulador del nervio vago.
- Después de un ataque, es normal sentirse cansado, confuso y débil.
- Si un **ATAQUE DURA MÁS DE 5 MINUTOS** o suceden en **GRUPO** (2 ataques o más consecutivos en un periodo de 5 minutos) use el medicamento de rescate para los ataques _____ (NOMBRE), _____ (DOSIS). Repita _____ veces después de _____ minutos si los ataques persisten.

ZONA ROJA

LOS ATAQUES
CONTINÚAN.



QUÉ DEBO HACER: Llame 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.

- Notificar a mi proveedor de atención médica: _____
Teléfono: _____

¿TIENE PREGUNTAS? Texas Children's Blue Bird Circle Clinic
las 24 horas, los 7 días de la semana: 1-832-822-5046