



Entrevista sobre convulsões

ANO LETIVO _____

Estudante	Telefone (pai, mãe e/ou responsável)
Data de nascimento Série	
Neurologista	Telefone (pai, mãe e/ou responsável)
Telefone Última consulta	Contato de emergência Telefone
	<input type="checkbox"/> MaineCare <input type="checkbox"/> Plano de saúde privado <input type="checkbox"/> Informações sobre necessidades

Atividades depois da escola:

Diagnóstico e/ou tipo de convulsão	Idade de início dos sintomas	Frequência	Duração da convulsão
Estímulos conhecidos		Descreva o tipo de convulsão:	
A criança tem um histórico de convulsões que duram mais de 5 minutos?		A criança tem um histórico de uso de medicamentos de resgate?	
Descreva como a criança se sente e/ou se comporta antes de uma convulsão.		Se a criança tiver um estimulador do nervo vago, forneça as instruções:	
Descreva como a criança se comporta após uma convulsão.		Descreva o quanto a criança entende sobre próprias convulsões.	

Lembre-se de listar os medicamentos diários e de emergência no Formulário Anual de Saúde.

Descreva quaisquer considerações necessárias durante o dia letivo.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atletismo e/ou educação física | <input type="checkbox"/> Sala de aula |
| <input type="checkbox"/> Recreio | <input type="checkbox"/> Ônibus e/ou transporte |

Compartilhe as suas metas para a saúde e assistência necessária.

Ao assinar abaixo, permito que a enfermaria compartilhe os dados médicos da criança com o pessoal apropriado dentro da escola ou com a equipe médica a fim de manter a segurança contínua da criança na escola.

Pai, mãe e/ou responsável _____ Data _____

Em caso de emergência, se os contatos de emergência não forem encontrados, entraremos em contato com o consultório médico para obter assistência e, se necessário, ligaremos para 911 (serviços de emergência).