



PHYSICIAN'S PLAN OF CARE

FOR ADMINISTRATION OF INTRANASAL NAYZILAM (MIDAZOLAM)

Student's Name: _____ Student Number: _____

Date of Birth: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Allergies: _____

It is necessary for the above named student to have Nayzilam (Midazolam) _____ mgs administered in the event of seizure activity as described here: _____

ICD 10 Code _____

ADMINISTRATION PROTOCOL:

1. When nurse is not present:

- a. Trained school personnel will give Nayzilam (Midazolam):
- At onset of any seizure.
- At _____ minutes after onset of seizure.
- Other _____

911 will be called upon administration of Intranasal Nayzilam (Midazolam) by trained school personnel if nurse is not present.

2. When nurse is present:

- a. Give Intranasal Nayzilam (Midazolam):
- At onset of any seizure.
- At _____ minutes after onset of seizure.
- Other _____
b. Call 911:
- At onset of any seizure.
- At _____ minutes after onset of seizure.
- At _____ minutes after Intranasal Nayzilam (Midazolam) is given, if seizure activity is still present

3. During transport:

- a. Since Intranasal Nayzilam (Midazolam) cannot be given on a school bus or while in transit, when should 911 be called?
- At onset of any seizure.
- At _____ minutes after onset of seizure

STANDARDIZED PROCEDURES:

- I have reviewed and approve the proposed plan of care for this student.
- I have reviewed and approve the proposed plan of care for this student with the specific modifications I have Included below:

- 1. Precautions, possible side effects to observe: _____
2. Recommended interventions for side effects: _____
3. The above treatment(s)/intervention(s) are to be continued until _____ (Expiration Date)

I give permission for my child's doctor to be contacted for information regarding the administration of this medication.

Physician's Printed Name Physician's Signature Date

Physician Office Address Phone Fax

Parent/Guardian Printed Name Parent/Guardian Signature Date

Reviewed by _____ School Nurse Date: _____



HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE - CONVULSIONES

En la casa, ¿toma su hijo algún medicamento para convulsiones? ___ Sí ___ No Indique cuáles:

| Medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-------------|-------|------------|
| 1. | | |
| 2. | | |

En caso de que tenga convulsiones en la escuela, dele los medicamentos de la tabla abajo.

Antes que cualquiera medicina pueda ser administrada, los padres y el médico que recetó el medicamento deben completar y firmar el formulario de autorización del distrito escolar, el cual debe estar en su expediente en la escuela. Los padres deben traer la medicina a la escuela.

| Medicamento | Dosis | Describe cuándo se debe usar |
|-------------|-------|------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |

PLANES DE EMERGENCIA:

- En caso de un cierre total, los medicamentos guardados en la clínica no estarán disponibles para su hijo. Le sugerimos que hable sobre un plan con el médico de su hijo y la enfermera de la escuela. Favor de anotar cualquier instrucción especial para que sea incluido en el Plan de Acción de Emergencia más abajo.
- En caso de evacuación, los medicamentos de emergencia se llevarán al área tenedora, cuando sea posible.

Entiendo que el Plan de Acción de Emergencia se compartirá con el personal escolar apropiado que tenga la necesidad de saber sobre el problema de salud de mi hijo(a). Además, comprendo que la escuela no se hace responsable por el daño o la pérdida de equipos utilizados al proveer los tratamientos y procedimientos médicos recetados.

Yo autorizo que se comuniquen con el proveedor de cuidado de salud de mi hijo(a) para intercambiar información sobre su estado de salud. He revisado, y estoy en acuerdo con, la información incluida en este historial médico.

Padres o tutor legal:

_____ Firma _____ Fecha _____

Revisado por: _____ Enfermera de la escuela _____ Fecha _____

FOR SCHOOL NURSE USE ONLY

Notes: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE - CONVULSIONES

Nombre del estudiante: _____ N° Estudiantil: _____

Fecha nacimiento: _____ Escuela: _____ Maestro y grado: _____

Doctor: _____ Telf. Doctor: _____ ¿Monta el bus?: Sí__ No__

Alergias: _____

Padre o tutor legal: _____ Teléfono: _____ Otro Telf.: _____

Madre o tutor legal: _____ Teléfono: _____ Otro Telf.: _____

Contacto de emergencia: _____ Telf. hogar: _____ Otro Telf.: _____

Parentesco: _____

Contacto emergencia: _____ Telf. hogar: _____ Otro Telf.: _____

Parentesco: _____

Año de la diagnosis de convulsiones: _____ Fecha de la última convulsión: _____

1. ¿Cómo le llaman al tipo de convulsión que tiene el estudiante? _____
2. ¿Qué le sucede al estudiante cuando tiene convulsiones? _____
3. ¿Cada cuánto tiene convulsiones? _____
4. ¿Cuánto tiempo duran, por lo general? _____
5. ¿Ha ingresado al hospital recientemente? Fecha(s) _____ Razón(es): _____

| | Sí | No |
|--|----|----|
| ¿Ha tenido una convulsión de más de 5 minutos? <i>Si fuere sí, ¿qué tratamiento necesitó?</i> | | |
| ¿Alguna vez se le ha recetado el medicamento llamado <i>Diastat</i> a su hijo(a)? <i>Si se le ha recetado el medicamento de Diastat, ¿alguna vez lo tomó?</i> | | |
| ¿Su hijo(a) pierde control vesical o intestinal cuando tiene convulsiones? (indique cual) | | |
| ¿Al tener convulsiones, alguna vez ha dejado de respirar o se ha vuelto azul? <i>Si fuere sí, ¿qué tratamiento necesitó?</i> | | |
| ¿Hay algo en particular que parece provocar las convulsiones? <input type="checkbox"/> Luces intermitentes <input type="checkbox"/> Juegos de videos <input type="checkbox"/> Computadoras <input type="checkbox"/> Otra _____ | | |
| ¿Hay restricciones que prohíban ciertas actividades para su hijo(a)? <i>Si fuere sí, favor incluir la orden del médico para saber sobre las limitaciones.</i> | | |

Comentarios o información adicional: _____