

Дайте відповіді на всі запитання. Ця інформація необхідна шкільній медсестрі й персоналу школи для визначення особливих потреб Вашої дитини та забезпечення позитивного й сприятливого навчального середовища. Якщо у Вас виникли запитання щодо заповнення цієї форми, зверніться до шкільної медсестри Вашої дитини.

Контактна інформація

Ім'я та прізвище учня	Навчальний рік	Дата народження	
Навчальний заклад	Клас	Кабінет	
Батьки/опікуни	Номер телефону	Робочий	Мобільний
Електронна пошта батьків/опікунів			
Інша контактна особа для екстрених випадків	Номер телефону	Робочий	Мобільний
Лікар-невропатолог дитини	Номер телефону	Адреса	
Лікар-педіатр дитини	Номер телефону	Адреса	
Важливі відомості з історії хвороби або захворювання			

Інформація про епілептичні напади

1. Коли Вашій дитині діагностували епілептичні напади або епілепсію? _____

2. Тип(и) нападів _____

Тип нападу	Тривалість	Частота	Опис

3. Що може спровокувати напад у Вашої дитини? _____

4. Чи є якісь передвісники та/або зміни в поведінці перед нападами? ТАК НІ
 Якщо ТАК, поясніть: _____

5. Коли у Вашої дитини був останній напад? _____

6. Чи були останнім часом якісь зміни в характері нападів у Вашої дитини? ТАК НІ
 Якщо ТАК, поясніть: _____

7. Як Ваша дитина поводиться після закінчення нападу? _____

8. Як інші захворювання впливають на здатність Вашої дитини контролювати напади? _____

Основна перша допомога: турбота та комфорт

9. Які основні процедури першої допомоги слід виконати, якщо напад у Вашої дитини стався в школі?

10. Чи потрібно буде Вашій дитині вийти з класу після нападу? ТАК НІ
 Якщо ТАК, то як Ви порекомендуєте повернути дитину до класу: _____

Основна перша допомога під час нападу

- Зберігати спокій і відстежувати час
- Убезпечити дитину
- Не тримати дитину силою
- Не класти нічого до рота
- Залишатися з дитиною, поки вона не прийде до тями
- Зареєструвати напад у журналі

Під час тоніко-клонічних нападів:

- Берегти голову
- Стежити за тим, щоб нічого не заважало диханню / стежити за диханням
- Повернути дитину на бік

Невідкладна допомога під час нападів

11. Опишіть, що є надзвичайною ситуацією для Вашої дитини? (Для відповіді може знадобитися консультація з лікарем і шкільною медсестрою).

12. Чи дитину коли-небудь госпіталізували через тривалі напади? ТАК НІ
Якщо ТАК, поясніть: _____

Напад, як правило, вважається надзвичайною ситуацією в таких випадках:

- Судомний (тоніко-клонічний) напад триває більше 5 хвилин
- Учень має повторні напади без втрати свідомості
- Учень отримав травму або хворіє на цукровий діабет
- В учня вперше стався напад
- Учень має труднощі з диханням
- В учня стався напад у воді

Інформація про препарати й лікування нападів

13. Які препарати отримує Ваша дитина?

Медичні препарати	Дата початку застосування	Дозування	Періодичність і час застосування	Можливі побічні ефекти

14. Які препарати екстреного призначення / резервної терапії призначені Вашій дитині?

Медичні препарати	Дозування	Інструкції щодо застосування (терміни* та спосіб**)	Що робити після застосування

* Після 2-3 нападів, при кластерних нападах тощо

** Перорально, під язик, ректально тощо

15. Які препарати необхідно приймати Вашій дитині під час шкільних занять? _____

16. Чи потрібно застосовувати якісь із препаратів особливим чином? ТАК НІ
Якщо ТАК, поясніть: _____

17. Чи потрібно спостерігати за будь-якою особливою реакцією? ТАК НІ
Якщо ТАК, поясніть: _____

18. Що слід робити, якщо Ваша дитина пропустила приймання препарату? _____

19. Чи повинні в школі бути запасні препарати, щоб дати Вашій дитині замість пропущеної дози? ТАК НІ

20. Чи бажаєте Ви, щоб Вам зателефонували перед тим, як давати дитині запасні препарати для заміни пропущеної дози? ТАК НІ

21. Чи має Ваша дитина стимулятор блукаючого нерва? ТАК НІ
Якщо ТАК, надайте інструкції щодо правильного використання магніту: _____

Особливі міркування та запобіжні заходи

22. Позначте всі відповідні пункти та вкажіть всі міркування або запобіжні заходи, яких слід вжити:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Загальний стан здоров'я _____ | <input type="checkbox"/> Фізичне виховання (спортзал/спорт) _____ |
| <input type="checkbox"/> Фізичне функціонування _____ | <input type="checkbox"/> Перерви _____ |
| <input type="checkbox"/> Навчання _____ | <input type="checkbox"/> Експерсії _____ |
| <input type="checkbox"/> Поведінка _____ | <input type="checkbox"/> Перевезення автобусом _____ |
| <input type="checkbox"/> Настрій/адаптація _____ | <input type="checkbox"/> Інше _____ |

Загальні питання щодо зв'язку

23. Яким чином нам найкраще спілкуватися з Вами про напади у Вашої дитини? _____

24. Чи можна поділитися цією інформацією з класним керівником (керівниками) та іншим відповідним персоналом школи? ТАК НІ

Підпис батьків або опікунів _____ Дата _____ Дати _____

Оновлено _____