

PLAN D'ACTION EN CAS DE CRISE (PAC)



Nom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

Contact d'urgence/Lien de parenté: _____ Téléphone: _____

Informations sur la crise

| Type de crise | Durée | Fréquence | Ce qui se passe |
|---------------|-------|-----------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Mesures à prendre en cas de crise (cocher toutes les propositions qui s'appliquent)

- Premiers soins - **Rester. En sécurité. Sur le côté.** NInformer la personne à contacter en cas d'urgence au: _____
- Administrer le traitement de secours conformément au PAC Appeler le 911 pour un trans port vers _____
- Informer la personne à contacter en cas d'urgence Autre _____

Premiers soins en cas de crise

- RESTER** calme, garder le calme, commencer à minuter la crise
- Garder **EN SÉCURITÉ** - enlever les objets dangereux, ne pas retenir, protéger la tête
- SUR LE CÔTÉ** - tourner la personne sur le côté, si elle n'est pas réveillée, garder les voies respiratoires dégagées, ne pas mettre d'objets dans la bouche
- RESTER** jusqu'à ce que la personne se soit remise de la crise
- Passer l'aimant sur le SNV
- Écrire ce qui se passe
- _____
- Autre _____

- Crise avec perte de conscience de plus de 5 minutes, aucune réaction aux médicaments de secours s'ils sont disponibles
- Crises répétées de plus de 10 minutes, sans récupération entre elles, aucune réaction aux médicaments de secours s'ils sont disponibles
- Difficulté à respirer après la crise
- Blessure grave ou suspectée, crise dans l'eau

Quand appeler d'abord votre médecin traitant

- Changement dans le type, le nombre ou le profil des crises
- La personne ne retrouve pas son comportement habituel (c'est-à-dire qu'elle reste confuse pendant une longue période)
- Première crise qui s'arrête d'elle-même
- Other medical problems or pregnancy need to be checked

Quand un **traitement de secours** peut s'avérer nécessaire:

Quand et quoi faire

En cas de crise (grappe, # ou durée) Nom du _____

médicament/ordonnance _____ Quelle quantité administrer (dose) _____

Comment administrer _____

En cas de crise (grappe, # ou durée) Nom du _____

médicament/ordonnance _____ Quelle quantité administrer (dose) _____

Comment administrer _____

En cas de crise (grappe, # ou durée) Nom du _____

médicament/ordonnance _____ Quelle quantité administrer (dose) _____

Comment administrer _____

Soins après une crise

Quelle sorte d'aide est nécessaire ? (décrire) _____

Quand la personne pourra-t-elle reprendre ses activités habituelles ? _____

Instructions spéciales

Premiers intervenants : _____

Service des urgences : _____

Médicaments quotidiens contre les crises

| Nom du médicament | Quantité totale par jour | Quantité de comprimés/liquide | Mode d'administration (heure de chaque dose et quantité) |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Autres informations

Déclencheurs : _____

Antécédents médicaux importants : _____

Allergies : _____

Chirurgie de l'épilepsie (type, date, effets secondaires) _____

Dispositif: VNS RNS DBS Date d'implantation _____

Thérapie diététique : Cétogène Faible taux glycémique Atkins modifié Autre (décrire) _____

Instructions spéciales : _____

Coordonnées des prestataires de soins de santé :

Médecin traitant l'épilepsie : _____ Téléphone : _____

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Hôpital préféré : _____ Téléphone : _____

Pharmacie : _____ Telephone : _____

Ma signature: _____ Date : _____

Signature du prestataire de soins de santé : _____ Date : _____