

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.**
- ☐ Administrer le traitement de secours conformément au PAC
- ☐ Informer la personne à contacter en cas d'urgence
- ☐ Informer la personne à contacter en cas d'urgence au: _____
- ☐ Appeler le 911 pour un transport vers _____
- ☐ 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 : _____