

# ПЛАН ДІЙ У ВИПАДКУ НАПАДУ

Ім'я та прізвище: \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Контактна особа для надзвичайних ситуацій / відносин \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

## Інформація про епілептичні напади

Тип нападу	Скільки триває	Як часто трапляється	Що відбувається

### Як реагувати на напад (позначте всі варіанти відповідей)

- Перша допомога — Лишитися поряд. Потурбуватися про безпеку. Перевернути в бокове положення.
- Надати невідкладну допомогу відповідно до плану дій
- Повідомити контактну особу для екстрених випадків
- Повідомити контактну особу для екстрених випадків за номером
- Зателефонувати 911 для виклику транспорту до
- Інше: \_\_\_\_\_

### Перша допомога при будь-якому нападі

- ЗБЕРІГАЙТЕ спокій**, почніть відлік часу від початку нападу
- Подбайте про мою БЕЗПЕКУ** — приберіть небезпечні предмети, не тримайте силою, захистіть голову
- БОКОВЕ ПОЛОЖЕННЯ** — переверніть на бік, якщо не в свідомості, стежте за тим, щоб нічого не заважало диханню, не кладіть до рота сторонні предмети
- ЛИШАЙТЕСЯ ПОРЯД** до відновлення стану після нападу
- Проведіть магнітом для стимуляції блукаючого нерва
- Запишіть, що відбувається \_\_\_\_\_
- Інше \_\_\_\_\_

### Коли може знадобитися невідкладна допомога:

#### коли й що РОБИТИ

Якщо напад (кластер, кількість або тривалість) \_\_\_\_\_

Назва лікарського засобу/препарату \_\_\_\_\_ Скільки давати (доза) \_\_\_\_\_

Як давати \_\_\_\_\_

Якщо напад (кластер, кількість або тривалість) \_\_\_\_\_

Назва лікарського засобу/препарату \_\_\_\_\_ Скільки давати (доза) \_\_\_\_\_

Як давати \_\_\_\_\_

Якщо напад (кластер, кількість або тривалість) \_\_\_\_\_

Назва лікарського засобу/препарату \_\_\_\_\_ Скільки давати (доза) \_\_\_\_\_

Як давати \_\_\_\_\_

### Коли телефонувати 911

- Напад із втратою свідомості більше 5 хвилин, відсутність реакції на резервну терапію, якщо вона надається
- Повторні напади тривалістю більше 10 хвилин, без відновлення між ними, відсутність реакції на резервну терапію, якщо вона надається
- Утруднене дихання після нападу
- Серйозна травма або підозра на неї, напад у воді

### Коли потрібно зателефонувати своєму лікарю в першу чергу

- Зміна типу, кількості або характеру нападу
- Людина не повертається до звичної поведінки (тобто, перебуває в стані сплутаної свідомості протягом тривалого періоду)
- Перший судомний напад, який припинився самостійно
- Необхідно перевірити інші медичні проблеми або вагітність

## Догляд після нападу

Яка допомога потрібна? (описати): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Коли людина може повернутися до звичної діяльності? \_\_\_\_\_

## Особливі вказівки

Служби швидкого реагування: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Відділення швидкої допомоги: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Протисудомні препарати для щоденного застосування

Назва лікарського засобу	Загальна щоденна кількість	Кількість таблеток / об'єм рідини	Спосіб застосування (час приймання кожної дози та її кількість)

## Інша інформація

Чинники, що провокують напад: \_\_\_\_\_

Важливі відомості з історії хвороби \_\_\_\_\_

Алергія \_\_\_\_\_

Хірургічне втручання з приводу епілепсії (тип, дата, побічні ефекти) \_\_\_\_\_

Пристрій:  Стимуляція блукаючого нерва  Ітераційна стимуляція нерва  Глибинна стимуляція головного мозку

Дата імплантації \_\_\_\_\_

Дієтотерапія  Кетогенна  Низькоглікемічна  Модифікована дієта Аткинса  Інше (опишіть) \_\_\_\_\_

Особливі вказівки: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Контактна інформація з медичних питань

Епілептолог: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Лікар первинної медичної допомоги: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Рекомендована лікарня: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Аптека: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Мій підпис \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Підпис лікаря \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_