|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE: INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | 癫痫发作问诊学年 \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **学生**出生日期 年级 | 家长/监护人 电话家长/监护人 电话紧急 电话 |
| 神经科医生电话 上次就诊 |
|  | * Maine Care
 | * 私人保险
 | * 需要信息
 |

课外活动：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 诊断/癫痫类型 | 发病年龄 | 发作频率 | 发作持续时间 |
| 已知诱因： | 描述癫痫发作活跃状况： |
| 您的孩子有持续超过 5 分钟的癫痫发作史吗？ | 您的孩子有急救用药史吗？ |
| 描述您孩子在癫痫发作前的感觉/表现。 | 如果您孩子有迷走神经刺激器，请提供说明： |
| 描述您孩子癫痫发作后的表现。 | 描述您孩子对癫痫发作的理解。 |

请务必在年度健康表上列出日常和紧急药物。

描述在校期间必要的注意事项。

|  |  |
| --- | --- |
| * 运动会/体育课
* 课间休息
 | * 教室
* 巴士/交通
 |

请分享任何与健康相关的目标和所需的帮助。

通过在下面签名，我允许校医与适当的学校和医务人员分享有关我学生的健康信息，以保证我学生在学校的持续安全。

家长/监护人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*紧急情况下，如果需要帮助，但无法联系到紧急联系人，我们将联系医疗保健提供者，并在必要时拨打 911（急救电话）。*