|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE: INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | Entrevista sobre convulsõesANO LETIVO \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estudante**Data de nascimento Série | Telefone (pai, mãe e/ou responsável)Telefone (pai, mãe e/ou responsável)Contato de emergência Telefone |
| NeurologistaTelefone Última consulta |
|  | * MaineCare
 | * Plano de saúde privado
 | * Informações sobre necessidades
 |

Atividades depois da escola:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diagnóstico e/ou tipo de convulsão | Idade de início dos sintomas | Frequência | Duração da convulsão |
| Estímulos conhecidos | Descreva o tipo de convulsão: |
| A criança tem um histórico de convulsões que duram mais de 5 minutos? | A criança tem um histórico de uso de medicamentos de resgate? |
| Descreva como a criança se sente e/ou se comporta antes de uma convulsão. | Se a criança tiver um estimulador do nervo vago, forneça as instruções: |
| Descreva como a criança se comporta após uma convulsão. | Descreva o quanto a criança entende sobre próprias convulsões. |

Lembre-se de listar os medicamentos diários e de emergência no Formulário Anual de Saúde.

Descreva quaisquer considerações necessárias durante o dia letivo.

|  |  |
| --- | --- |
| * Atletismo e/ou educação física
* Recreio
 | * Sala de aula
* Ônibus e/ou transporte
 |

Compartilhe as suas metas para a saúde e assistência necessária.

Ao assinar abaixo, permito que a enfermaria compartilhe os dados médicos da criança com o pessoal apropriado dentro da escola ou com a equipe médica a fim de manter a segurança contínua da criança na escola.

Pai, mãe e/ou responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Em caso de emergência, se os contatos de emergência não forem encontrados, entraremos em contato com o consultório médico para obter assistência e, se necessário, ligaremos para 911 (serviços de emergência). 8/2024*