



Nombre: Fecha de nacimiento:
Obra Social / Medicina Prepaga: N° Socio o DNI:
Teléfono Servicio Emergencias:
Contacto de emergencia/Relación: Teléfono:

Información sobre convulsiones del paciente

Tipo de convulsión: Duración aproximada:
Frecuencia: Lo que sucede:

¿Qué hacer ante una convulsión? (marca todas las que correspondan)

- ☐ **Primeros auxilios**
- ☐ Notificar contacto de emergencia al:
- ☐ Dar terapia de rescate según este Plan de Acción para Convulsiones
- ☐ Llamar al servicio de emergencia de su plan de salud al:
- ☐ Llamar al 911
- ☐ Otro:

Primeros auxilios para cualquier convulsión

- Mantén la calma, comienza a cronometrar la convulsión.
- Mantenme a salvo: retira objetos dañinos, no sujetar, proteja la cabeza.
- Ponme de costado si no estoy despierto o consciente, mantén la vía respiratoria despejada, no introduzca objetos en la boca.
- Quédate hasta que me recupere de la convulsión.
- Escribe lo que sucede:

¿Cuándo la terapia de rescate puede ser necesaria? (Asegúrate de actualizarlo si cambia la dosificación)

Indicar sobre la convulsión (grupo, número o duración):
Nombre del medicamento a utilizar: Cantidad a administrar (dosis):
Cómo administrar:

Cuando llamar a Emergencias

- ☐ Convulsión con pérdida de conciencia por más de 5 min. sin responder al medicamento de rescate, si está disponible.
- ☐ Convulsiones repetidas que duran más de 10 min. sin recuperación entre ellas, sin respuesta al medicamento de rescate, si está disponible.
- ☐ Dificultad para respirar después de la convulsión.
- ☐ Lesión grave o sospechada, convulsión en el agua.
- ☐ Otros:



PLAN DE ACCIÓN PARA CONVULSIONES (PAC)

Cuidados después de la convulsión

¿Qué tipo de ayuda se necesita? (describe)

.....

¿Cuándo puede la persona reanudar su actividad habitual?

.....

Medicamento diario para convulsiones

Nombre del Medicamento: Consumo Total Diario:

Consumo por toma: Horario:

Cómo se Toma:

Otra información

Desencadenantes:

Historial médico importante:

.....

Alergias:

Cirugía de Epilepsia (tipo, fecha, efectos secundarios):

Dispositivo: ☐ VNS ☐ RNS ☐ DBS Fecha de Implante:

Terapia Dietética: ☐ Cetogénica ☐ Baja en Glucosa ☐ Atkins Modificada ☐ Otro:

Instrucciones Especiales:

Contactos de Atención Médica

Atención Primaria: Teléfono:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre del paciente

Firma médico

Fecha



CELNOVA
PHARMA

Celnova Argentina S.A.
San Vladimiro 3056, San Isidro,
Buenos Aires - Argentina.
www.celnova.com

Bibliografía: Adaptado del Seizure Action Plan de www.epilepsy.com. Fecha de consulta: junio de 2025.
Material informativo para ser entregado por un Profesional de Salud al paciente. Los datos incluidos en el material serán explicados por su médico tratante. Ante cualquier duda siempre consulte a su médico u otro profesional sanitario calificado. Hable con su profesional médico sobre cualquier consulta que pueda tener respecto a una condición médica.