

발작 행동 계획(SAP)

발행: Epilepsy Foundation of America, Inc.

성명: _____ 생년월일: _____

주소: _____ 전화: _____

긴급 연락처/관계: _____ 전화: _____

발작 정보

발작 유형	지속 시간	빈도	구체적인 증상

발작에 대응하는 방법(해당 사항 모두 선택)

- 응급처치 — 함께(Stay). 안전하게(Safe). 옆으로(Side).
- SAP에 따른 구조 요법 실시
- 긴급 연락처 _____(으)로 알리기
- 911에 전화해 _____(으)로 이동
- 기타: _____

모든 발작에 대한 응급 처치

- 침착하게 함께(Stay) 있어 주며 발작 시간을 재기 시작함
- 안전(Safe)을 확보 - 위험한 물건을 치우고, 신체에 압박이 없도록 해주며, 머리를 보호함
- 옆으로(Side) 눕히기 — 의식이 없을 경우 옆으로 눕히고, 기도에 이물질이 없도록 하며, 입에 물건을 넣지 않음
- 발작에서 회복될 때까지 함께 있기
- 미주신경자극기(VNS) 스위치 마그넷
- 증상 기록하기 _____
- 기타: _____

911에 전화해야 하는 경우

- 의식 상실이 5분 이상 지속되며 구급약을 사용해도 반응하지 않는 발작
- 10분 이상 긴 발작이 반복되고, 발작과 발작 사이에 회복이 없으며, 구급약을 사용해도 반응하지 않음
- 발작 후 호흡 곤란
- 심각한 부상이 발생했거나 의심되는 경우, 물속에서 일어난 발작

의료인에게 우선 전화해야 하는 경우

- 발작 유형, 횟수 또는 양상의 변화
- 평상시 행동으로 돌아가지 않음 (예: 장시간 동안 혼동을 겪음)
- 저절로 멈추는 첫 발작
- 기타 의학적 문제 또는 임신 여부를 확인해야 함

구조 요법이 필요할 수 있는 경우:

할 일과 그 시기

발작이 일어날 경우(군집성, 횡수 또는 길이): _____

약/처방약(Rx) 이름: _____ 투여 방법(투여량): _____

투여 방법: _____

발작이 일어날 경우(군집성, 횡수 또는 길이): _____

약/처방약(Rx) 이름: _____ 투여 방법(투여량): _____

투여 방법: _____

발작이 일어날 경우(군집성, 횡수 또는 길이): _____

약/처방약(Rx) 이름: _____ 투여 방법(투여량): _____

투여 방법: _____

발작 후 돌봄

필요한 도움의 유형(설명): _____

일상 활동을 재개할 수 있는 시점: _____

특별 지침

초기 대응자: _____

응급 부서: _____

매일 사용하는 발작 치료제

의약품 이름	일일 총 투여량	정제/액상의 양	투여 방법 (각 투여 시간 및 용량)

기타 정보

유발 요인: _____

중요 병력: _____

알레르기: _____

간질 수술(유형, 날짜, 부작용): _____

장치: VNS 반응성 신경자극(RNS) 뇌심부 자극술(DBS) 삽입 날짜: _____

식이요법: 케토제닉 저당 수정된 앳킨스 기타(설명): _____

특별 지침: _____

의료인 연락처

간질 전문 의료인: _____ 전화: _____

주치의: _____ 전화: _____

선호 병원: _____ 전화: _____

약국: _____ 전화: _____

본인 서명: _____ 날짜: _____

의료인 서명: _____ 날짜: _____