План за действие при пристъп

*Попълва се **доброволно** от служителя, заедно с прекия ръководител или HR. Съхранява се поверително и се споделя само с лицата, посочени в края. Служителят решава какво да включи.*

Служител: _____

Длъжност / отдел: _____

Дата на постъпване: _____

1. Контакти при спешност

Име	Връзка (съпруг/а, лекар)	Телефон

2. Как изглежда пристъп (по желание на служителя)

Предупредителни знаци: _____

Как изглежда: _____

Колко обикновено продължава: _____

Време за възстановяване: _____

3. Какво помага и какво да се избягва

Какво помага: _____

Какво да се избягва: _____

Известни тригери: _____

4. Кога се вика 112

Стандартно: пристъп над 5 минути; серия от пристъпи; не идва в съзнание; нараняване; затруднено дишане; първи пристъп; бременност или диабет.

Допълнителни условия за мен: _____

5. Роли в екипа при пристъп

Роля	Име на служител
Остава при колегата и осигурява безопасността	
Засича времето и вика 112, ако е нужно	
Посреща линейката / указва пътя	
Успокоява останалите колеги	
Заместник при отсъствие на горните	

6. Достъп и потвърждение

Лица (имена, длъжности): _____

Подпис на служителя: _____ ☐ Давам съгласие данните да се споделят с посочените лица

Подпис на ръководителя / HR: _____

Следващ преглед (дата): _____

Българско Епилептично Общество
+359 88 611 4986
www.dgepico.com
bgbeobec@gmail.com

Информационен материал. Не замества медицински съвет и юридическа консултация.
GMG Design - Copyright (c) 2026. All rights reserved.