

Cuestionario para pacientes niños

- 1) ¿Hubo complicaciones durante el embarazo o cuando nació el bebé?

- 2) ¿Tuvo su hijo/hija convulsiones de la fiebre cuando era bebe o niño/a (con qué edad?/ ¿qué tiempo de duración?)

- 3) ¿Hubo alguna particularidad en el desarrollo de su hijo/hija? Con qué edad su hijo se pudo sentar, andar, habló los primeros palabras?

- 4) ¿Tuvo alguna vez una lesión en la cabeza que causó un traumatismo en el cerebro, un fractura ósea en el cráneo, un desmayo o una conmoción cerebral?
Por favor, concretice cuándo y cómo pasó y nos mande reportes del médico cuando haya.

- 5) ¿Hubo o hay enfermedades del sistema central de nervios (cerebro o médula espinal) como por ejemplo inflamaciones, hemorragias, tumores, ictus? ¿Cuales?
(Reportes del médico)

- 6) ¿Se han presentado en su familia convulsiones de fiebre, crisis epilépticas o una epilepsia? ¿Cómo está relacionado con esta(s) persona(s) y de cuál tipo de epilepsia/ crisis se trata?
- 7) ¿Desde cuándo su hijo/hija tiene las crisis?
- 8) ¿Qué tipo de síntomas nota su hijo/hija antes, durante y después de una crisis? (¿Ve, escucha, sabe o huele algo? ¿Tiene dolores o hormigueo? ¿Hay náuseas o vómitos?)
- 9) Cuando tiene una crisis, ¿de qué se da cuenta su hijo/hija? ¿En qué orden temporal? ¿Recuerda las crisis? ¿Le entiende durante las crisis y le puede responder? ¿Recuerda lo que hablaron durante la crisis?
- 10) ¿Cuánto tiempo tardan las crisis mas o menos?
- 11) ¿Con qué frecuencia su hijo/hija tiene cuál tipo de crisis? (Por favor, traiga su calendario de crisis) ¿Hay diferentes tipos de crisis?

12) ¿Existe una causa para la crisis? ¿Cuál? (Fiebre, estrés, poco sueño?

13) ¿Hay una hora preferida cuando normalmente ocurren las crisis?

14) ¿Cuándo ocurrió la última crisis?

15) Por favor, llene la siguiente tabla y pregunte también a su médico por este asunto

16) ¿Qué fármaco toma su hijo/hija en este momento? Por favor, escriba el nombre y la dosis de todos los fármacos en mg.)

Terapia anticonvulsiva de (nombre) _____, fecha de nacimiento: _____

Fármaco (nombre)	Dosis	Período	Eficacia?	Efectos secundarios?

Por favor, traiga lo siguiente para su hora de consulta en el ambulatorio:

- reportes médicos
- una lista con todos los fármacos que ha tomado hasta el momento
- todos los imágenes de CT y MRT
- documento con las vacunas

¡Muchas gracias!