

Questionnaire pour adultes

1) Est-ce qu'il y a eu des complications lors de la grossesse de votre mère ou lors de votre naissance ? Si oui, lesquelles ?

2) Est-ce que vous avez eu des convulsions à l'âge de nourrisson ou lors de votre petite enfance ? (A quel âge ? De quelle durée ?)

3) Y a-t-il eu des anomalies lors de votre développement ?

4) Avez-vous eu une blessure à la tête qui a entraîné une blessure du cerveau, une fracture de l'os du crâne, une perte de la connaissance ou une commotion cérébrale ? Si oui, indiquez la date de la blessure et le contexte dans lequel elle a eu lieu et envoyez-nous les rapports médicaux s'il y en a.

5) Avez-vous ou avez-vous eu des maladies du système nerveux central (cerveau ou moelle épinière) comme par exemple des inflammations, des saignements, des tumeurs, des infarctus cérébraux ? Si oui, lesquels ? (rapports médicaux !)

6) Est-ce qu'il y a eu des convulsions, des crises épileptiques ou une épilepsie chez des membres de votre famille ? Si oui, veuillez indiquer le degré de parenté et la forme d'épilepsie ou des crises.

7) Depuis quand avez vous des crises ?

8) Quels symptômes ou troubles remarquez-vous avant, pendant et après les crises ?

9) Que remarquent les personnes qui vous observent pendant une crise et dans quel ordre chronologique le remarquent-elles ?

10) Quelle est la durée approximative de vos crises ?

11) A quels intervalles avez-vous quel genre de crise ? (Lors de votre visite au service ambulatoire veuillez apporter le calendrier dans lequel vous notez vos crises)

12) Y a-t-il des déclencheurs pour les crises? Si oui lesquels?

13) Y a-t-il une heure privilégiée à laquelle vos crises se produisent?

14) Quand avez vous eu votre dernière crise ?

15) Veuillez remplir la table sur la prochaine page pour l'anamnèse médicamenteuse. Prière de demander de l'aide à votre médecin traitant.

16) Quels médicaments prenez-vous en ce moment ? (Veuillez noter les préparations et les dosages de chaque médicament en mg.)

Traitement médicamenteux jusqu'à ce jour, de _____, _____, né(e) le _____ .

Médicament (Nom)	Dosage	Durée	Efficacité ?	Effets secondaires ?