

Frequenza delle crisi

Numero di crisi all'anno:

Data dell'ultima crisi:

Ospedalizzazione per male epilettico:

no sì

Se sì, quando?

Trattamento?

no sì

Se sì, quale?

Data di inizio del trattamento:

 (mese/anno)

Compliance:

no sì

Se no, perché?

Data di fine del trattamento:

Cambiamenti del comportamento o della personalità:

no sì

Se sì, quali?

Segni di disturbi mentali o di disabilità intellettiva?

no sì

Se sì, quali?

Consumo giornaliero di alcol

no sì

Se sì, quali?

Quantità giornaliera?

 dl

Consumo quotidiano di bevande alcoliche:

no sì

Con una prescrizione valida?

non sì

Se sì, quante volte a settimana?

Quantità:

Sono stati effettuati esami?(p.es. elettroencefalogramma, tomografia, risonanza magnetica, ecc.)

no sì

Quali?

Data:

Esito?

Altri fattori che possono incidere sulla prognosi:

(p.es. professione, sport, attività del tempo libero, ambiente, ecc.)

Altre osservazioni:

La preghiamo di allegare una copia degli esami speciali eventualmente effettuati e i risultati e valori di riferimento per ogni referto di laboratorio.

Medico

Telefono

Fax

eMail

Data

Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.