



Fiche de relevé de crise d'épilepsie

Nom et prénom du résident

--	--

Date :

Heure du début de crise :

Durée :

La crise est-elle composée de séquences de mouvements avec pause ? (Si oui précisez si possible)

Le nombre de séquences :

Durée de séquences :

Durée d'une pause :

Le moment de la crise

Sommeil

Veille

SI VEILLE Précisez l'activité :

Possible facteur déclenchant observé

Alimentaire

Fatigue, maladie

Emotif

Autres

Sensoriel (visuel, lumineux, auditif, olfactif, thermique...)

Signes précurseurs

Avez-vous vu des signes précurseurs d'une crise ?

La personne a senti venir la crise ?

Type de crise :

Cocher tous les éléments observés, en numérotant leur ordre d'apparition si possible

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absences de mouvements, ne répond pas aux sollicitations. | <input type="checkbox"/> Chute dynamique (corps projeté par la crise) |
| <input type="checkbox"/> Tachycardie (variation du rythme cardiaque) | <input type="checkbox"/> Chute de tonus (s'affaisse, tombe mollement) |
| <input type="checkbox"/> Apnée (arrêts respiratoires) | <input type="checkbox"/> Enurésie (perte d'urine) |
| <input type="checkbox"/> Automatismes de la bouche (déglutition, mastication, mâchonnements...) | <input type="checkbox"/> Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Contractures musculaires (Myoclonie) | <input type="checkbox"/> Déambulation |
| | <input type="checkbox"/> Violence, délire hallucinatoire |

Dans quel état est la personne après la crise ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apte à reprendre son activité | <input type="checkbox"/> Inquiète, besoin d'être rassurée |
| <input type="checkbox"/> Déambule, sans conscience du danger | <input type="checkbox"/> Salie (énurésie, vomissement, chute...), besoin de se changer |
| <input type="checkbox"/> Fatigue, besoin de se reposer, endormi | |

Fin de crise :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spontanée | <input type="checkbox"/> Transport vers les urgences |
| <input type="checkbox"/> Cède à l'aimant (stimulateur du nerf vague) | <input type="checkbox"/> La famille a été prévenue |
| <input type="checkbox"/> Injection intra-rectal | <input type="checkbox"/> D'après vous est-ce une crise habituelle ? |
| <input type="checkbox"/> Intervention du médecin | |

Nom et prénom de l'observateur

--	--

Merci pour la qualité de votre observation.

Cela sert au médecin à juger d'une utilité à adapter le traitement et à tous les professionnels à mieux connaître l'épilepsie du résident pour l'aider au quotidien.