Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ)

Campus Centro Oeste Dona Lindu (CCO)

Serviço de Farmácia Clínica

Diário de frequência de crises na epilepsia

Nome do paciente: _____ Idade:_____ Idade de início das crises:_____

Nome do responsável: _____ Mês(es) e ano de registro das crises: _____

Dia do mês																															
Madrugada (0-6h)																															
Manhã (6-12h)																															
Tarde (12-18h)																															
Noite (18-24h)																															
Quantidade e tipo de manifestação																															
Número de Crises **SEM** mudança da consciência																															
Número de Crises **COM** mudança da consciência																															
Aura (ameaça)																															
Convulsão (crises tônico-clônicas generalizadas)																															
Potencial fator precipitante																															
Menstruação																															
Falha no uso de medicamento																															
Estresse emocional																															
Febre																															

Medicamentos antiepilépticos em uso:_____

Observações (traumas, histórico de epilepsia na família):

_____

OBS: _____

_____

_____

_____