

**EPILEPSIE****Questionnaire confidentiel à compléter par le médecin traitant ou spécialiste**

<b>NOM :</b>  <b>PRENOM :</b>  <b>DATE DE NAISSANCE :</b>	<b>CACHET DU MEDECIN :</b>   
---	--

**DIAGNOSTIC :**  
Epilepsie généralisée  partielle  autre :

**DATE (année et mois) ET CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :**

**ORIGINE :**  
ESSENTIELLE  NON  OUI  
SECONDAIRE  NON  OUI précisez :

**NOMBRE DE CRISES PAR AN AU COURS DES TROIS DERNIERES ANNEES :**  
 Aucune  Moins de 4/an  4 au plus par an  plus de 4/an

**DATE DE LA DERNIERE CRISE (mois et année) :** ...../.....  
Antécédent d'état de mal  OUI  NON quand ? ...../...../.....

**DATE ET NATURE DES TRAITEMENTS EN COURS :**

**DATE ET RESULTATS DES EXAMENS EFFECTUES (\*) :**

Artériographie	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	date .../.../.....
EEG	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	date .../.../.....
Scanner	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	date .../.../.....
IRM	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	date .../.../.....

Autres (précisez) :

**Joindre les comptes rendus des examens**

**UNE INTERVENTION A-T-ELLE EU LIEU ?**  
oui  non   
Laquelle ? à quelle date ?  
Résultat :

<b>EVOLUTION</b> <input type="checkbox"/> STABILISATION de la maladie    depuis quand ? <input type="checkbox"/> AGGRAVATION de la maladie    depuis quand ? Précisez :
<b>ETAT ACTUEL</b>
<b>PRONOSTIC</b>
<b>NATURE EXACTE DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES :</b>  Un reclassement professionnel a-t-il eu lieu ou est-il envisagé ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Lequel ?    Quand ? ...../...../.....
<b>SPORTS PRATIQUES :</b>
<b>CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE BOISSONS ALCOOLISEES :</b>  non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> quantité :
<b>REMARQUES ET OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES :</b>
<b>Taille :</b> .....cm <b>Poids :</b> .....kg
<b>Tension artérielle :</b> ...../.....    traitée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

\* NB : il est indispensable de joindre le(s) compte(s) rendu(s) hospitalier(s), compte(s) rendu(s) opératoire(s) et histologique(s) et compte(s) rendu(s) des derniers examens (échographies, radiographies, endoscopies, scanner, IRM, ECG...) effectués.

Date

Signature du médecin