CUESTIONARIO DE CONVULSIONES

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre			Inicial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Estatura ☐ M ☐ Pies		Peso ☐ Kg ☐ Lb	

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha del primer síntoma	Síntomas
DD / MM / AA	
Fecha de la última consulta	Diagnóstico
DD / MM / AA	

Tipo de convulsión			Etiología
I. Parcial (FOCAL)	☐ Simple	☐ Compleja	☐ Primaria (IDIOPÁTICA) ☐ Secundaria
II. Generalizada	☐ Crisis de ausencia ☐ Mioclónica ☐ Tónica - Clónica	☐ Clónica ☐ Tónica	

Asociada con:	
☐ Sí ☐ No	Hiperpirexia
☐ Sí ☐ No	Infecciones del S.N.C. (meningitis, encefalitis)
☐ Sí ☐ No	Disturbios metabólicos (hipoglucemia, etc.)
☐ Sí ☐ No	Agentes convulsivantes o tóxicos (cloroquina, alcohol)
☐ Sí ☐ No	Hipoxia cerebral (Síndrome de Adams-Stokes, anestesia, etc.)
☐ Sí ☐ No	Lesiones cerebrales expansivas (neoplasia, hemorragia intracraneal, etc.)
☐ Sí ☐ No	Defectos cerebrales
☐ Sí ☐ No	Edema cerebral
☐ Sí ☐ No	Anafilaxia
☐ Sí ☐ No	Derrame o hemorragia cerebral
☐ Sí ☐ No	Trauma cerebral
☐ Sí ☐ No	Síndrome de abstinencia (relacionado al uso crónico de sustancias)

Fecha del último ataque	DD / MM / AA	Cantidad de ataques en los últimos 12 meses	

Método de diagnóstico	Detalles	
☐ Tomografía computarizada (TC)	Resultado	
Tratamiento		
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	

Método de diagnóstico	Detalles	
☐ IRM	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
☐ EEG	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
☐ Arteriografía	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
☐ Tumor excluido	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
☐ Otro	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Firma		Fecha	DD / MM / AA