

1. Etat civil et généralités sur la personne concernée

1.1. état civil :

Nom de naissance : Prénom :
Nom marital :
Sexe : Homme Femme
Poids :kg Taille : cm
Date de naissance : Age :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-mail :

1.2. personne ayant rempli ce dossier (barrer si la personne concernée rempli le dossier elle-même) :

Prénom Nom
Fonction ou lien de parenté :
N° de téléphone : E-mail :

Si lieu de vie en établissement médico-social ou médical sauter au paragraphe 1.4.

1.3. vit seul, en famille ou avec des proches (hors établissement)

La personne vit-elle habituellement seule ? oui non
Si non, précisez le lien aux autres personnes habitant avec elle :

.....

Bénéficie d'un service d'aide ou d'accompagnement ? oui non
Si oui, précisez : SAMSAH SAVS Service d'aide à domicile autre

Adresse :
.....

Tél. E-mail :

Cela est-il satisfaisant :
pour la personne ? oui non ne sait pas
pour ses proches ? oui non ne sait pas

Si au moins un non, précisez pourquoi :
.....
.....
.....

Bénéficie de soins médicaux ou paramédicaux réguliers ? oui non
Si oui, précisez le lieu : au domicile au cabinet du professionnel
Et préciser lesquels : kinésithérapie orthophonie psychothérapie

Autres, précisez :
.....
.....

1.4. si lieu de vie en établissement médico-social ou médical

Etablissement :

Adresse :

Tél. E-mail :

Cela est-il satisfaisant :

- | | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| pour la personne ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| pour ses proches ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| pour l'institution ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |

Si au moins un non, précisez pourquoi :

.....
.....
.....
.....

Est-elle accueillie en famille lors de ses sorties de l'établissement ? oui non

Si oui, à quel rythme :

Distance ou durée de déplacement (aller/retour) ?

Modalités de transport pour ce déplacement ?

Cela est-il satisfaisant :

- | | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| pour la personne ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| pour ses proches ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| pour l'institution ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |

Si au moins un non, précisez pourquoi :

.....
.....

1.5. lieu(x) d'activité ou de travail

Si plusieurs lieux d'activités à temps partiel, l'indiquer ici :

Etablissement ou entreprise :

Adresse :

.....
.....
.....

Décrire l'activité :

.....
.....

Distance ou durée de déplacement (aller/retour) ?

Modalités de transport pour le déplacement ?

Cela est-il satisfaisant (activité + transport)

- | | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| pour la personne ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| pour ses proches ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| pour l'éts/entreprise ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sait pas |

Si au moins un non, précisez pourquoi :

.....
.....
.....

1.6. loisirs /vacances :

Difficultés éventuelles par rapport aux loisirs et vacances ?

.....

.....

.....

.....

.....

2. Traitement de l'épilepsie

A quel âge a eu lieu la première crise :

Actuellement pharmacorésistance ? oui non

Pharmacorésistance : plus d'une crise par an malgré un traitement adapté et bien suivi

2.1. traitement médicamenteux actuel

Aucun Mono-thérapie Bi-thérapie Tri-thérapie et plus

La personne a-t-elle besoin de quelqu'un pour préparer son traitement : oui non

La personne a-t-elle besoin de quelqu'un pour prendre son traitement : oui non

Observance du traitement ? parfaite avec des oublis

Que se passe-t-il en cas d'oubli de prise du traitement ?

.....

.....

Effets secondaires du traitement ? oui non

Si oui préciser :

.....

.....

.....

Rythmes de vie - Horaires habituels ?

Lever le matin : Coucher du soir :

Sieste ? jamais parfois souvent tous les jours

Durée :

Si sieste occasionnelle, quelles en sont les raisons ?

.....

.....

Hygiène de vie par rapport à l'épilepsie ? Qu'est-ce que la personne s'impose ?.....

.....

.....

Ou qu'on lui impose :

.....

.....

Qu'est-ce qu'elle s'autorise bien qu'elle sache que ça peut avoir des conséquences en terme de crises ?

.....

.....

.....

3. Description de l'épilepsie de la personne si pharmaco-résistante

3.1. description des crises

Fréquence des crises : (indiquez le nombre de crises (de tous types) par jour, semaine, mois ou année en prenant la période la plus adapté à la fréquence de celles-ci) :

fréquence des crises? nombre de crises (tous types) par (remplir la case de votre choix)				dont nombre d'« états de mal »/an = crise grave durant plus de 5 minutes
an	mois	semaine	jour	

Risques d'évolution en état de mal ? oui non

Si oui, quel est le protocole ?.....
.....
.....

Risques de chutes ? oui non
Si oui, nb de chutes/an : 1 à 5 fois 5 à 10 fois 10 et +

La personne a-t-elle déjà été soignée pour des blessures suite à une chute ?
 oui non

Si oui, combien de fois ces trois dernières années :

Hospitalisations suite à une crise ? oui non
Si oui, précisez combien de fois ces trois dernières années :.....
Pensez-vous que certaines de ces hospitalisations auraient pu être évitées ? :
 oui non

Précisez :

Crises habituellement ? endormi éveillé (2 cases cochées possible)
Les crises apparaissent-elles toujours au même moment de la journée ? oui non
Si oui préciser :

En quoi les crises sont-elles gênantes pour la personne ?
.....
.....
.....
.....

La personne sent-elle les crises venir (aura) ? jamais parfois toujours
Si oui (parfois, toujours),
1. peut-elle se protéger de risques éventuels ? oui non parfois
Si oui, commenter :

2. peut-elle prévenir, demander de l'aide ? oui non parfois
Si oui, commenter :

Les crises d'épilepsie peuvent être très différentes d'une personne à l'autre.
Le but de cette fiche est de vous aider à décrire ce que vous voyez pendant une crise de cette personne épileptique

Nom et prénom de la personne épileptique :

Si les crises sont toujours les mêmes, remplissez uniquement la colonne "crises de type 1"
Si les crises évoluent et prennent une autre forme, utilisez les colonnes types 2 et 3 pour décrire leur évolution.
Si vous voyez des crises différentes les unes des autres, utilisez aussi ces colonnes type 2 et 3

	crises type 1	crises type 2	crises type 3
nombre par an / mois / semaine / jour (précisez) :			

Durée :

noter ici la durée habituelle, pour chacun des types de crises précisez si ce sont des secondes ou des minutes.			
---	--	--	--

Au moment de la crise :

Sommeil (si c'est à ce moment où les crises se produisent le plus souvent, le préciser)			
Eveillé (si type d'activités où les crises se produisent le plus souvent, le préciser)			

Il y a de la place à la page suivante pour que vous puissiez écrire toute précision utile

Possible facteur déclenchant connu :

On peut cocher plusieurs cases

alimentaire			
émotif			
sensoriel (visuel, lumineux, auditif, olfactif, thermique)			
fatigue, maladie, fièvre			
oubli d'une prise du traitement			
autre (préciser)			

signes précurseurs (s'il y en a)

Peut-on voir des signes précurseurs d'une crise ? (jamais, parfois, souvent, toujours) si oui, préciser ce qu'on voit à la page suivante.			
La personne sent venir la crise ? si oui, préciser comment elle l'exprime à la page suivante			

type de crise:

Cocher tous les éléments observés,

Si vous l'avez repéré, vous pouvez noter l'ordre d'apparition des éléments que vous observez

	crises type 1	crises type 2	crises type 3
--	------------------	------------------	------------------

Absence = pas de mouvements, ne répond pas aux sollicitations			
bruit (de gorge, respiration bruyante)			
propos incompréhensibles			
déglutition, mâchonnements...			
mouvements des yeux (déviation du regard)			
clignement répété des paupières			
contractures musculaires d'une partie du corps , préciser la partie du corps			
contractures musculaires de tout le corps			
est-ce que les contractures se répètent ? (oui/non)			
chute dynamique (corps projeté par la crise, en avant ou en arrière)			
secousse brève d'une partie du corps, proche d'un sursaut, préciser la partie du corps			
chute de tonus (s'affaisse, tombe mollement comme une poupée de chiffons)			
énurésie (perte d'urine)			
vomissement			
agitation motrice désordonnée pendant la crise			
Déambulation			
Violence physique ou verbale après la crise			
autre , à préciser avec la personne, les proches ou professionnels			

La crise est-elle composée de mouvements + pauses, se reproduisant plusieurs fois ?

oui

non

Si oui, précisez si possible le nombre de fois et la durée (indiquez minutes ou secondes)

nombre de fois			
durée d'une pause			

Ce n'est peut-être pas une crise d'épilepsie alors que la personne...

a les yeux fermés pendant toute la durée (oui/non)			
est en état de non-réponse prolongé mais réagit aux chatouilles (oui/non)			

Dans quel état est la personne après la crise :

On peut cocher plusieurs cases, on peut préciser parfois/souvent/toujours

	crises type 1	crises type 2	crises type 3
--	------------------	------------------	------------------

apte à reprendre son activité			
déambule, sans conscience du danger			
fatigué, besoin de se reposer, endormi			
inquiet, besoin d'être rassuré			
besoin de temps pour retrouver toutes ses capacités (<i>préciser durée, capacités atteintes</i>)			
Sali (énurésie, vomissement, chute...), besoin de se changer			

fin de crise: *On peut cocher plusieurs cases*

spontanée			
cède à l'aimant (stimulateur du nerf vague)			
injection intra-rectale (ex. Valium) ou entre joue et gencive (ex. Buccolam)			
intervention d'un médecin (préciser la raison)			
transport vers les urgences (préciser la raison)			
prévenir la famille			

Nom et prénom observateur(s) ayant rempli cette fiche

--

4. Impact sur la vie quotidienne

Port de casque de protection : oui non

Fauteuil roulant pour réduire le risque de chutes : oui non

Des aménagements du logement ont-ils été réalisés pour la personne ? oui non

Si oui, précisez lesquels :

.....
.....
.....

Quels dangers liés à l'épilepsie rencontre la personne ?

.....
.....
.....

Quelles limitations dans la vie quotidienne rencontre la personne ? *Elle saurait le faire mais elle n'a pas le droit pour raisons de sécurité ou elle ne peut le faire que sous surveillance.*

.....
.....
.....

Comment sa protection est-elle assurée actuellement vis-à-vis des risques ?

.....
.....
.....

Séquelles traumatiques ? oui non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....

Séquelles neurologiques ? oui non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....

Impact(s) sur la vie sociale ? oui non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....

Impact(s) sur l'activité professionnelle ? oui non

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....
.....

