



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – EPILEPSIA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	CLASSIFICAÇÃO: ☐ Focal: ☐ Simples ☐ Complexa ☐ Generalizada: ☐ TCG ☐ Crises de ausência ☐ Mioclônicas
4	TRATAMENTO PRÉVIOS (detalhar tratamentos <u>anteriores</u> : medicamentos e doses utilizadas): _____ _____ _____ _____ _____
5	TRATAMENTO ATUAL (detalhar tratamento <u>atual</u> : medicamentos e doses utilizadas): _____ _____ _____ _____ _____
6	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____ _____
7	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico