

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 : âge:
Adresse :
Code postal : ville :
Téléphone : e-mail :

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

Prénom..... Nom.....
Fonction ou lien de parenté :..... téléphone :.....
e-mail :.....

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

1.3. vie seule, 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, préciser :
.....
.....

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 :

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 :
.....
.....

1.6. 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 pharmaco-résistance ? ☐ oui ☐ non
Pharmaco-résistance : 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 :
.....
.....
.....

2.2. 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 adaptée à la fréquence de celles-ci) :

fréquence des crises ? nombre de crise (tout types) par (remplir la colonne de votre choix)				dont nombre d'"états de mal"/an = crise grave durant plus de 5 min
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 ou 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

3. Si oui, commenter :

3.2. déroulement d'une crise

Manifestation	jamais / parfois souvent / toujours	Numéroter dans l'ordre d'apparition. Mettre le même no aux manifestations simultanées Décrivez mieux si nécessaire
contractures musculaires		
secousses musculaires		
chute dynamique (corps projeté par la crise)		
chute de tonus (s'affaisse, tombe mollement)		
énurésie (perte d'urine)		
vomissements		
bruit (propos incohérents, de gorge)		
automatismes de la bouche (déglutition, mastication, mâchonnements...)		
tachycardie (augmentation du rythme cardiaque)		
apnée (arrêts respiratoires)		
respiration stertoreuse (bruyante, qui rappelle le ronflement)		
Déambulation		
Violence, délire hallucinatoire		
Absence : se fige, pas de mouvements, ne répond pas aux sollicitations		

Comment une crise s'arrête-t-elle ?	jamais	parfois	souvent	toujours
Toute seule :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulation du nerf vague :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injection en Intra-Rectal :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicament par voie orale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation d'urgence :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres : préciser

.....

.....

3.3. après la crise...

	jamais / parfois souvent / toujours	Décrivez, précisez
apte à reprendre son activité sitôt la crise terminée		
déambule, sans conscience du danger		
fatigué, besoin de se reposer		
inquiet, besoin d'être rassuré		
mouillé par l'énurésie, besoin de se changer (besoin d'aide ou le fait seul?)		
reprend son activité mais besoin de temps pour retrouver toutes ses facultés		
Si crise nocturne, se rendort sans besoin de l'intervention de quelqu'un		

De quoi la personne peut-elle avoir besoin après une de ses crises ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si les informations précédentes dans l'ensemble de ce paragraphe 3. sont incomplètes, décrivez comment se déroule une crise-type :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 :

.....

.....

.....

.....

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

1. Etat civil et généralités sur la personne concernée.....	1
1.1. état civil :	1
1.2. personne ayant rempli ce dossier (barrer si la personne concernée remplit le dossier elle-même).....	1
1.3. vie seule, en famille ou avec des proches (hors établissement).....	1
1.4. si lieu de vie en établissement médico-social ou médical	2
1.5. lieu(x) d'activité ou de travail	2
1.6. loisirs/vacances :	3
2. Traitement de l'épilepsie	3
2.1. traitement médicamenteux actuel	3
2.2. Rythmes de vie - Horaires habituels	3
3. Description de l'épilepsie de la personne si pharmaco-résistante	4
3.1. description des crises	4
3.2. déroulement d'une crise	5
3.3. après la crise... ..	6
4. Impact sur la vie quotidienne	7
5. Au cas où vous auriez quelque chose à ajouter... :	8