

## **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 : .....

Bénéficiaire 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 : .....

.....

.....

.....

Bénéficiaire 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 : .....

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

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 oubli

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 ? .....

.....  
.....

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 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	Numérotez dans l'ordre d'apparition. Mettre le même n° aux manifestations simultanées <b>Décrivez</b> 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...

	<b>jamais / parfois souvent / toujours</b>	<b>Décrivez, précisez</b>
apté 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 :  
.....  
.....  
.....

## 5. Au cas où vous auriez quelque chose à ajouter... :

S'il vous semble que nous avons oublié des points importants à préciser, indiquez-les ici : .....

# Table des matières

<b>1. Etat civil et généralités sur la personne concernée.....</b>	<b>1</b>
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
<b>2. Traitement de l'épilepsie .....</b>	<b>3</b>
2.1. traitement médicamenteux actuel .....	3
2.2. Rythmes de vie - Horaires habituels .....	3
<b>3. Description de l'épilepsie de la personne si pharmaco-résistante .....</b>	<b>4</b>
3.1. description des crises .....	4
3.2. déroulement d'une crise .....	5
3.3. après la crise... .....	6
<b>4. Impact sur la vie quotidienne .....</b>	<b>7</b>
<b>5. Au cas où vous auriez quelque chose à ajouter... : .....</b>	<b>8</b>