

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Compleja	
II. Generalizada	<input type="checkbox"/> Crisis de ausencia <input type="checkbox"/> Clónica <input type="checkbox"/> Mioclónica <input type="checkbox"/> Tónica <input type="checkbox"/> Tónica - Clónica	
Etiología		
<input type="checkbox"/> Primaria (idiopática) <input type="checkbox"/> Secundaria		
Asociada con:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hiperpirexia	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones del S.N.C. (meningitis, encefalitis)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Disturbios metabólicos (hipoglucemia, etc.)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agentes convulsivantes o tóxicos (cloroquina, alcohol)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoxia cerebral (Síndrome de Adams-Stokes, anestesia, etc.)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lesiones cerebrales expansivas (neoplasia, hemorragia intracraneal, etc.)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Defectos cerebrales	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edema cerebral	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anafilaxia	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame o hemorragia cerebral	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trauma cerebral	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Tomografía computarizada (TC)	Resultado	
Tratamiento		
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	

Método de diagnóstico	Detalles		
<input type="checkbox"/> IRM	Resultado		
Tratamiento			
Fecha	Pronóstico		
DD / MM / AA	Condición actual		
Método de diagnóstico	Detalles		
<input type="checkbox"/> EEG	Resultado		
Tratamiento			
Fecha	Pronóstico		
DD / MM / AA	Condición actual		
Método de diagnóstico	Detalles		
<input type="checkbox"/> Arteriografía	Resultado		
Tratamiento			
Fecha	Pronóstico		
DD / MM / AA	Condición actual		
Método de diagnóstico	Detalles		
<input type="checkbox"/> Tumor excluido	Resultado		
Tratamiento			
Fecha	Pronóstico		
DD / MM / AA	Condición actual		
Método de diagnóstico	Detalles		
<input type="checkbox"/> Otro	Resultado		
Tratamiento			
Fecha	Pronóstico		
DD / MM / AA	Condición actual		

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

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