

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom, Prénom de la mère : _____

COLLECTE DE DONNÉES ÉPILEPSIE – DI-TSA

dossier SIPAD : _____ Condo : ☐ CRDI ☐ SRSOR ☐ CMR

Consigne : À compléter par l'intervenant pivot ou l'infirmière

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE	
Diagnostiqué depuis : _____ aaaa/mm/jj	
Types de crise (si connus au dossier médical) : _____	
Origine médicale (si connue) : _____	
Fréquence des crises : _____ Durée moyenne des crises : _____ Dernière crise survenue le : _____ aaaa/mm/jj	
Manifestations cliniques rapportées (par l'utilisateur ou tierce personne) lors d'une crise :	
☐ Regard vague (absence) ☐ Confusion, trous de mémoire ☐ Absence de réaction ☐ Mouvements désordonnés (secousse musculaire d'une partie du corps) ☐ Mouvements volontaires et semi-volontaires ☐ Fatigue ☐ Irritabilité inhabituelle ☐ Phénomènes sensitifs (visuels, olfactifs, gustatifs) Préciser : _____ ☐ Incapacité de parler ☐ Cri ou gémissement	☐ Chute, perte de tonus musculaire ☐ Raidissement des membres ☐ Yeux réversés ou clignotement rapide ☐ Perte de conscience ☐ Mouvements saccadés ☐ Respiration bruyante ou difficile ☐ Écume à la bouche ou hypersalivation (salive abondante) ☐ Possibilité d'incontinence (urine/selles) ☐ Cyanose de la peau (bleutée) ☐ Autre(s) : _____ _____ _____
Médecin traitant / coordonnées : _____	
Médication en lien avec l'épilepsie : ☐ Liste des médicaments à jour (à la pharmacie) demandée et jointe	
Effets secondaires : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas Si oui, préciser : _____	
Autre(s) traitement(s) (ex. : chirurgie, diète, stimulateur du nerf vague) : _____ _____	
Autre(s) problème(s) de santé : _____ _____ _____	

Nom :

Prénom :

#Dossier :

GESTION DE L'ÉPILEPSIE

Est-il probable que des crises surviennent?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser le moment et la fréquence : _____

Y a-t-il des éléments déclencheurs aux crises? (ex. : stroboscope, bruit, stress, etc.)

☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

Est-ce que l'utilisateur peut reconnaître les situations qui déclenchent les crises?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que la ressource, l'école, le centre d'activité ou le plateau de travail est informé?

☐ Oui ☐ Non

Si non, l'intervenant-pivot ou l'infirmière au dossier doit informer le personnel.

Lors des crises antérieures, est-ce qu'il y a des mesures particulières qui ont été prises?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Collecte de données complétée avec l'aide de :

☐ Usager ☐ Tierce personne : _____ Lien avec l'utilisateur : _____

Si complété par un autre intervenant que l'infirmière :

Collecte de données transmise à l'infirmière : ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'infirmière : _____ Date : aaaa/mm/jj

Si complété par l'infirmière :

Formulaire CLI-60513 Consignes en cas de crise d'épilepsie – DI-TSA complété : ☐ Oui ☐ Non Date : aaaa/mm/jj

Date : aaaa/mm/jj

Signature de l'intervenant ou de l'infirmière

**Formulaire à réviser au même moment que la révision du plan d'intervention de l'utilisateur
ou
lors d'une modification de l'état de santé/médication.**

Verser le formulaire au SIPAD ou au dossier papier de l'utilisateur.