

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
aaaa-mm-jj

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## RAPPORT D'OBSERVATION COMPLET D'UNE CRISE D'ÉPILEPSIE DI-TSA

Consigne : Lorsque l'usager fait une crise d'épilepsie, un intervenant ou tout autre témoin de l'événement doit écrire les renseignements demandés ci-dessous.

Lieu de la crise : \_\_\_\_\_

Moment de la crise : Date : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj Heure du début : \_\_\_\_\_ hh:mm Heure de la fin : \_\_\_\_\_ hh:mm

Durée : \_\_\_\_\_

Secondes / Minutes

### AVANT LA CRISE

Où était l'usager? \_\_\_\_\_

Que faisait-il? \_\_\_\_\_

Comment réagissait-il? \_\_\_\_\_

S'est-il plaint de malaises? ☐ Oui ☐ Non Si oui, le(s)quel(s)? \_\_\_\_\_

Élément(s) déclencheur(s) possible(s) (si connu) \* : \_\_\_\_\_

\* Éléments déclencheurs possibles : fatigue, exercice, hypoglycémie (faible taux de sucre dans le sang), stress émotionnel, infections, alcool, drogues, respiration anormale, déclenchement des menstruations, variation de température, erreur liée à la médication épileptique (ex. : oubli, mauvais dosage, etc.), modification récente à la prescription des médicaments, lumières clignotantes, etc.

### DURANT LA CRISE

Cocher les manifestations présentes au cours de la crise.

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| État de conscience | <input type="checkbox"/> Conscient <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Inconscient (ne réagit pas à son nom ou à la douleur)<br><input type="checkbox"/> Absent (regard vide, ne répond pas aux paroles et au toucher, courte durée)                                                                                             |
| Yeux               | <input type="checkbox"/> Ouverts <input type="checkbox"/> Fermés <input type="checkbox"/> Révulsés <input type="checkbox"/> Pupilles dilatées <input type="checkbox"/> Regard vitreux<br><input type="checkbox"/> Regard fixe                                                                                                                         |
| Bouche/lèvres      | <input type="checkbox"/> Ouverte <input type="checkbox"/> Fermée <input type="checkbox"/> Écume (mousse blanchâtre)<br><input type="checkbox"/> Hypersalivation (salive abondante) <input type="checkbox"/> Saignement <input type="checkbox"/> Vomissements<br><input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Bleutée<br>Préciser : _____ |
| Respiration        | <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> Bruyante <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Interrompue                                                                                                                                                                            |
| Peau               | <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Bleutée <input type="checkbox"/> Grise<br><input type="checkbox"/> Chaude <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Transpiration                                                                               |

Nom :

Prénom :

#Dossier :

| DURANT LA CRISE (suite)                    |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Raidissement musculaire des membres</b> | <input type="checkbox"/> Non observé<br><input type="checkbox"/> Gauche Parties du corps : _____<br><input type="checkbox"/> Droite Parties du corps : _____                                                                                                  |
| <b>Spasmes musculaires</b>                 | <input type="checkbox"/> Non observé <input type="checkbox"/> Convulsion généralisée<br><input type="checkbox"/> Gauche Parties du corps : _____<br><input type="checkbox"/> Droite Parties du corps : _____                                                  |
| <b>Tremblements</b>                        | <input type="checkbox"/> Non observé<br><input type="checkbox"/> Gauche Parties du corps : _____<br><input type="checkbox"/> Droite Parties du corps : _____                                                                                                  |
| <b>Boiterie</b>                            | <input type="checkbox"/> Non observé<br><input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite                                                                                                                                                       |
| <b>Incontinence</b>                        | <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Selles <input type="checkbox"/> Aucune                                                                                                                                                                |
| <b>Trouble de comportement</b>             | <input type="checkbox"/> Rire <input type="checkbox"/> Crier <input type="checkbox"/> Frapper <input type="checkbox"/> Se déshabiller <input type="checkbox"/> S'automutiler<br><input type="checkbox"/> Être agressif <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <b>Chute</b>                               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Impact crânien (s'est cogné la tête) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas                                                            |
| <b>Autres manifestations :</b> _____       |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| _____                                      |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| _____                                      |                                                                                                                                                                                                                                                               |

| APRÈS LA CRISE                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cocher les manifestations présentes après la crise.                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>État de conscience</b>                                                      | <input type="checkbox"/> Conscient <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Inconscient (ne réagit pas à son nom ou à la douleur)<br><input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Fatigué <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Maux de tête |
| <b>Peau</b>                                                                    | <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Bleutée <input type="checkbox"/> Grise<br><input type="checkbox"/> Chaude <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Moite                                |
| <b>Trouble de comportement</b>                                                 | Présence de trouble(s) de comportement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, lesquels? <input type="checkbox"/> Rire <input type="checkbox"/> Crier <input type="checkbox"/> Frapper<br><input type="checkbox"/> Autre : _____                                |
| <b>Activité</b>                                                                | <input type="checkbox"/> Retour à la routine <input type="checkbox"/> Activité accrue <input type="checkbox"/> Repos                                                                                                                                                                           |
| <b>Autres manifestations</b> (ex. : malaise physique, blessures, etc.) : _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| _____                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| _____                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

Appel au 911 : ☐ Oui ☐ Non Si oui : Heure de prise en charge par les ambulanciers : \_\_\_\_\_ hh:mm

- Si un transport ambulancier est requis, transmettre verbalement aux ambulanciers les informations de ce formulaire.

Résultat de la glycémie si demandée par un professionnel (si applicable) : \_\_\_\_\_ mmol/L Heure : \_\_\_\_\_ hh:mm

Signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_

- Transmettre ce document à l'intervenant-pivot, une fois complété. Celui-ci le déposera au SIPAD ou au dossier papier de l'utilisateur.

Transmis à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj