

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

RAPPORT D'OBSERVATION ABRÉGÉ 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.

Quand	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj
	Heure du début de la crise					
	Durée (secondes / minutes)					
Avant la crise	Que faisait l'usager?					
	S'est-il plaint de malaise?					
	Éléments déclencheurs possibles? * (Si connus)					
Durant la crise	Répondre par O (oui), N (non), NV (non vu) ou selon les choix proposés					
	Conscient					
	Confus					
	Absent (regard vide, ne répond pas aux paroles et au toucher, courte durée)					
	Yeux révulsés					
	Regard vitreux					
	Regard fixe					
	Écume à la bouche (mousse blanchâtre), hypersalivation					
	Morsure à la langue					
	Vomissements					
	Respiration rapide, bruyante, difficile, interrompue, etc.					
	Changement de couleur de la peau (ex. : pâle, rouge, bleutée, grise)					
	Raidissements musculaires (De quel côté et quelles parties du corps?)					
	Spasmes musculaires (De quel côté et quelles parties du corps?)					
	Tremblements					
	Boiterie					
	Incontinence urinaire (urine)					
	Incontinence fécale (selle)					
	Troubles de comportements (rire, crier, frapper, se déshabiller, s'automutiler, être agressif)					
	Chute durant la crise					

Nom :

Prénom :

#Dossier :

		Répondre par O (oui), N (non), NV (non vu) ou selon les choix proposés				
Après la crise	Conscient					
	Confus					
	Fatigué/Somnolent					
	Maux de tête					
	Voix pâteuse					
	Couleur de la peau (ex. : pâle, rouge, bleutée, grise)					
	Retour à la routine, activité accrue, repos					
	Troubles de comportements (rire, crier, frapper, se déshabiller, s'automutiler, être agressif)					
Autres manifestations (ex. : malaise physique, blessures, etc.)						
Appel au 911						
Résultat de la glycémie (si demandée par un professionnel)						
Initiales de l'intervenant						

* « 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 des médicaments, lumières clignotantes, etc.

→ Transmettre ce document à l'intervenant-pivot, une fois complété (selon les recommandations de l'intervenant-pivot ou lorsqu'il n'y a plus d'espace). Celui-ci le déposera au SIPAD ou au dossier papier de l'utilisateur.

Transmis à : _____ Date : _____ Par (initiales) : _____

Transmis à : _____ Date : _____ Par (initiales) : _____

Transmis à : _____ Date : _____ Par (initiales) : _____

Transmis à : _____ Date : _____ Par (initiales) : _____

Transmis à : _____ Date : _____ Par (initiales) : _____

→ Une fois la copie transmise à l'intervenant-pivot, conserver cette copie dans la fiche de l'utilisateur

Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre