



**Etat épilepsie** : Pharmaco-Résistante  Pharmaco-Sensible  En rémission sous traitement  Recul insuffisant

**Nombre de crises généralisées** (ou secondairement généralisés) au cours des 3 derniers mois : |\_|\_|\_| / mois

**Nombre de crises partielles** au cours des 3 derniers mois : |\_|\_|\_| / mois

**Horaire habituel des crises** : Plutôt la Nuit  Plutôt le Jour  Les deux  NSP

**Y a-t-il eu un bilan de diagnostic de l'épilepsie ( EEG, IRM)?** Oui  Non

Si oui, établissement : ..... année : |\_|\_|\_|\_| Neurologue : .....

**Y a-t-il eu un bilan d'opérabilité de l'épilepsie?** Réalisé  Non réalisé  Non indiqué

Si oui, établissement : ..... année : |\_|\_|\_|\_| Neurologue : .....

Chirurgie de l'épilepsie : Réalisée  Non réalisée

**Traitement en cours au moment du décès** : Oui  Non  , Si oui, lister **TOUS LES MEDICAMENTS** incluant psychotropes, contraceptifs oraux...

Nom commercial + Dosage	Posologie	Générique?	Si générique, laboratoire(s)
1.....	.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	.....
2.....	.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	.....
3.....	.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	.....
4.....	.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	.....
5.....	.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	.....
6.....	.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	.....

**Y a-t-il eu un changement récent (au cours des 3 derniers mois) de traitement et/ou de posologie ?**

Oui  Non  , Si oui, préciser date et changement : .....

**Prise d'une contraception orale ?** Oui  Non  Si oui précisez : .....

**Observance des traitements (sur le dernier mois)** : Bonne  Moyenne  Mauvaise  Inappréciable

**Le traitement a-t-il été correctement pris au cours des dernières 24h?** Oui  Non  NSP

## ANTECEDENTS

### **Antécédents familiaux :**

Cardiaques Oui  Non  NSP  Si oui, préciser (TdR, Insuff Card...) : .....

Mort subite : Oui  Non  NSP  , lien de parenté : .....

Autres antécédents contributifs (Apnée sommeil, patho. neurologiques, psychiatriques) : .....

### **Antécédents personnels :**

Cardiaques : Oui  Non  NSP  Si oui, préciser (TdR, Insuf Card, anomalies ECG) : .....

Retard mental : Oui  Non  NSP  , Si oui, Léger  Modérée  Sévère

Troubles dépressifs : Oui  Non  NSP  ,

Troubles anxieux : Oui  Non  NSP

Troubles sommeil : Oui  Non  NSP  , Si oui, préciser (Apnées du sommeil...) : .....

Consommation d'alcool :

Occasionnelle  Modérée ( $\leq 2$  conso./j)  Excessive  Dépendance  Non  NSP

Tabagisme : Occasionnel   $\leq 10$  cig/j  Gros fumeur  Ancien fumeur  Non fumeur  NSP

Consommation de drogues : Occasionnelle  Dépendance  Non  NSP

Autre antécédents contributifs : .....

**Date de la dernière consultation auprès d'un neurologue** : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

## **INFORMATIONS VOUS CONCERNANT**

Nom : ..... Prénom : ..... Ville d'exercice : .....

@ : ..... (ou cachet du praticien) ☎ : .....

J'ai informé la famille du patient de l'existence du réseau (Objectifs, recueil de données...). La famille ne s'oppose pas à ce que les données de son proche soient recueillies dans le cadre du réseau RSME

## **NEUROLOGUE PATIENT**

Médecin : ..... Etablissement : ..... Service : .....

@ : ..... ☎ : ..... Date : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| **Signature du médecin :** .....