

PATIENT INFORMATION SHEET / 癲癇發作日誌





























Directions:

說明:

Please check (X) what happens (or happened) during your child's seizure.

如果☐的子女在癲癇發作時出現(或會出現)下列情形,請打勾(X),
並將此表格交給子女所預約的兒童腦神經科醫生。

DESCRIPTION OF SPELL OR SEIZURE/ 一陣發作或發作描述

	Body / 身體	<input type="checkbox"/> whole / 身體 	<input type="checkbox"/> right / 右側 	<input type="checkbox"/> left / 左側 	<input type="checkbox"/> can't tell / 無法判斷 ?
	Movement / 動作	<input type="checkbox"/> jerking / 抽搐 	<input type="checkbox"/> stiffness / 僵硬 	<input type="checkbox"/> jerking and stiffness / 抽搐且僵硬 	<input type="checkbox"/> can't tell / 無法判斷 ?
	Eyes / 眼睛	<input type="checkbox"/> up / 上翻 	<input type="checkbox"/> closed / 閉眼 	<input type="checkbox"/> right / 右翻 	<input type="checkbox"/> left / 左翻 
		<input type="checkbox"/> stare / 瞪眼 	<input type="checkbox"/> mirada fija y parpadeo / 瞪眼並眨眼 	<input type="checkbox"/> no change / 無變化 	<input type="checkbox"/> can't tell / 無法判斷 ?
	Skin Color / 皮膚顏色	<input type="checkbox"/> blue / 藍色 	<input type="checkbox"/> no change / 無變化 	<input type="checkbox"/> can't tell / 無法判斷 ?	
	Toilet / 意外	<input type="checkbox"/> pee - pee / 小便失禁 	<input type="checkbox"/> poop / 大便失禁 	<input type="checkbox"/> none / 無	<input type="checkbox"/> can't tell / 無法判斷 ?
	Mouth / 嘴	<input type="checkbox"/> dry / 乾燥 	<input type="checkbox"/> drool / 流口水 	<input type="checkbox"/> foam / 吐白沫 	<input type="checkbox"/> bite tongue / 咬舌頭 
	How Often / 頻率	<input type="checkbox"/> daily / 每天	<input type="checkbox"/> weekly / 每週	<input type="checkbox"/> monthly / 每月	<input type="checkbox"/> other / 其他 : _____

AFTER SEIZURE OR SPELL 癲癇發作或一段發作後

<input type="checkbox"/> asleep / 入睡 	<input type="checkbox"/> drowsy / 嗜睡 	<input type="checkbox"/> alert / 警覺 	<input type="checkbox"/> confused / 意識不清 	<input type="checkbox"/> paralyzed / 癱軟無力 
--	--	---	--	---