
































فرم تشریح صرع / Seizure Description Sheet

دستورالعمل: لطفاً جلوی حالت‌هایی که در موقع صرع برای فرزندتان رخ می‌دهد علامت (✓) بگذارید و این فرم را به دکتر فرزندتان نشان بدهید.

توضیح واقعه صرع / Description of Spell or Seizure

<input type="checkbox"/> can't tell/ نمی دانم <input type="checkbox"/> left/ سمت چپ <input type="checkbox"/> right/ سمت راست <input type="checkbox"/> whole/ تمام بدن     	Body/ بدن
<input type="checkbox"/> can't tell/ نمی دانم <input type="checkbox"/> jerking and stiffness/ تشنج و سفت شدن ماهیچه‌ها <input type="checkbox"/> stiffness/ سفت شدن ماهیچه‌ها <input type="checkbox"/> jerking/ تشنج ماهیچه‌ها     	Movement/ حرکات
<input type="checkbox"/> left/ چپ <input type="checkbox"/> right/ راست <input type="checkbox"/> closed/ بسته <input type="checkbox"/> up/ بالا <input type="checkbox"/> can't tell/ نمی دانم <input type="checkbox"/> no change/ هیچ تغییر <input type="checkbox"/> خیره و چشمک stare and blink/ <input type="checkbox"/> خیره         	Eyes/ چشمان
<input type="checkbox"/> can't tell/ نمی دانم <input type="checkbox"/> no change/ هیچ تغییر <input type="checkbox"/> blue/ آبی    	Skin Color/ رنگ بدن
<input type="checkbox"/> can't tell/ نمی دانم <input type="checkbox"/> none/ هیچ <input type="checkbox"/> poop/ مدفوع <input type="checkbox"/> pee-pee/ ادرار   	Toilet/ پیشامد
<input type="checkbox"/> can't tell/ نمی دانم <input type="checkbox"/> bite tongue/ گاز گرفتن زبان <input type="checkbox"/> foam/ کف از دهان <input type="checkbox"/> drool/ آب از دهان <input type="checkbox"/> dry/ خشک     	Mouth/ دهان
other/ <input type="checkbox"/> غیره: _____ <input type="checkbox"/> monthly/ ماهیانه <input type="checkbox"/> weekly/ هفتگی <input type="checkbox"/> daily/ روزانه 	How Often/ چند بار 

توضیح واقعه بعد از صرع / After Seizure or Spell

<input type="checkbox"/> asleep/ خواب 	<input type="checkbox"/> drowsy/ آلود خواب 	<input type="checkbox"/> alert/ هوشیار 	<input type="checkbox"/> confused/ گیج 	<input type="checkbox"/> paralyzed/ بی‌حس 
--	---	---	---	--