

Utredning inför utprovning av epilepsilarm

Namn: _____ Personnr: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Ort: _____

Telnr: _____ Mobil: _____

Förskrivare: _____ Läkaremiss finns

Person som närvarar vid utprovning: _____

Befattning: _____ Telnr: _____

Diagnos/funktionsnedsättning: _____

Beskriv anfallets händelseförlopp: _____

Yttrar sig epilepsianfallen genom (markera med X)

Ljud	<input type="checkbox"/>	Kräkningar	<input type="checkbox"/>
Svettning	<input type="checkbox"/>	Fradga/saliv	<input type="checkbox"/>
Urinavgång	<input type="checkbox"/>		
Stora skakningar	<input type="checkbox"/>	Kroppsdel	_____
Mindre skakningar	<input type="checkbox"/>	Kroppsdel	_____

När på dygnet kommer anfallet? _____

Hur ofta? _____

Hur länge? _____

Var ska larmet placeras?	Säng träbotten	<input type="checkbox"/>	Fåtölj	<input type="checkbox"/>
	Säng resårbotten	<input type="checkbox"/>	Annat	<input type="checkbox"/>
	Rullstol	<input type="checkbox"/>		_____

Vikt _____

Planerad uppföljning: datum: _____