



## EPILEPSIE FAMILIALE : FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

### I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de famille	Age actuel	Date de l'examen
Prénom	Sexe M F	Neurologue référent
Date de naissance	Origine géographique	

### II. CLASSIFICATION DE L'EPILEPSIE

<b>Age de début :</b>		
<b>GENERALISEE</b>	<b>FOCALE</b>	
Absences	Myoclonie	Frontale Temporale Indéterminée
Tonique	Atonique	Autre Préciser :
Clonique	Tonico-clonique	Lésion : OUI NON Type de lésion :

### III. DESCRIPTION DES CRISES

Aura	Perte de Contact	Généralisation	Survenue	Fréquence des crises :
OUI NON	OUI NON	OUI NON	JOUR NUIT	Durée des crises :
				Status epilepticus OUI NON
<b>Symptômes</b>				
Symptômes visuels	OUI NON	Symptômes auditifs	OUI NON	Automatismes manuels OUI NON
Agitation motrice	OUI NON	Confusion post-crise	OUI NON	Symptômes autonomes OUI NON
Dystonie	OUI NON	Automatismes oro-alimentaires	OUI NON	
Autres symptômes :				

### IV. ANTECEDENTS

Crises fébriles (CF)	OUI NON	Souffrance périnatale	OUI NON
Age de la 1ère CF:	Age de la dernière CF :	Traumatisme crânien	OUI NON
Nombre de CF :	Simple ou complexes :	Infection du SNC	OUI NON

### V. SIGNES ASSOCIES

Retard mental	OUI NON	Parasomnie	OUI NON
Niveau scolaire		Troubles psychiatriques	OUI NON
Troubles de la mémoire	OUI NON	Dyskinésie	OUI NON
Troubles du langage	OUI NON	Autres, préciser :	

### VI. TRAITEMENT

<b>ACTUEL</b>	Pharmacorésistance	OUI NON
<b>ANTERIEUR</b>		

### VII. EXAMENS CLINIQUES

<b>EEG</b>				<b>Photosensibilité</b>	OUI NON
Normal	OUI NON				
Anomalies	DROITE GAUCHE	Multifocale	Généralisée		
Préciser :					
<b>IRM</b>				<b>TEP</b>	
Lésion(s)	OUI NON			Anomalies	OUI NON
Si oui, préciser :			Si oui, préciser :		