

فرم ثبت اطلاعات بیماران صرع مقاوم به درمان

شماره بیمار:

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	ساکن:	وزن:
تاریخ مراجعه:	ارجاع دهنده:			
اطلاعات تماس:				

تاریخ اولین حمله: تاریخ آخرین حمله: فرکانس حملات:

نوع حملات:

تاریخچه پرناتال و پری ناتال:

تاریخچه فامیلی:

وضعیت تکاملی:

معاینه عصبی:

یافته های نوار مغز:

یافته های تصویربرداری:

سایر بررسی ها (ژنتیک و ...)

تشخیص: (علت زمینه ای)

تاریخچه دارویی:

- | | | |
|-----------------|-----|----------|
| 1. نوع دارو | مدت | دلیل قطع |
| 2. نوع دارو | مدت | دلیل قطع |
| 3. نوع دارو | مدت | دلیل قطع |
| 4. سایر داروها: | | |

داروهای فعلی (نوع و مقدار مصرف روزانه):

درمان های غیر دارویی (جراحی، رژیم غذایی)

طب مکمل: (گیاهان دارویی، طب سوزنی، انرژی درمانی، دعا نویسی، یوگا، هومیوپاتی، ...)

طرح درمانی: (KD، VNS، collosotomy، Lesionectomy، ...)