



ANEXO II – Epilepsia – **Diário de Crises Epiléticas.**

Nos campos *Horários* e *Tipo de manifestação* indicar com algarismos a frequência observada. Nos campos *Outras ocorrências* indicar se houve a ocorrência com um **X**.

Nome do Paciente: _____

Mês: _____ Ano: _____

Dias do Mês	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
HORÁRIOS	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Madrugada (0-6)																														
Manhã (6-12)																														
Tarde (12-18)																														
Noite (18-24)																														
Tipo de manifestação	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Número de Crises SEM alteração da consciência																														
Número de Crises COM alteração da consciência																														
Aura (ameaça)																														
Convulsão																														
Outras ocorrências	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Menstruação																														
Esqueceu de tomar o Medicamento																														
Estresse Emocional																														
Febre																														

_____ assinatura (por extenso) do paciente e/ou seu responsável legal.