Edmonds School District

HS 40 PO
Serviços de Saúde Estudantil
Transtorno Convulsivo

Estudante: _____**Data**: _____**Data de Nascimento:** _____ **Série/Ano:** _____

INFORMAÇÕES DA CONVULSÃO:

Tipo de Convulsão: _____

Descrição da Convulsão: _____

_____

Duração da Convulsão: _____

Tempo médio até o retorno às atividades regulares: _____

Já parou de respirar? _____

Existe um possível aviso e/ou mudança de comportamento antes da convulsão: _____

_____

Frequência da Convulsão: _____ □ Diariamente □ Semanalmente □ Mensalmente □ Anualmente

Hora a qual normalmente ocorrem as convulsões: _____ Data da última convulsão: _____

Quando as convulsões começaram? _____ Quando foi o diagnóstico? _____

Alguma mudança no padrão das convulsões? □ Não □ Sim, por favor, descreva: _____

_____

Alguma outra doença afeta o controle da convulsão da sua criança?□ Não □ Sim, por favor descreva: _____

_____

MEDICAMENTOS:

Criança está atualmente em alguma medicação: □ Não, se interrompido, quando? □ Sim, complete abaixo

MEDICAMENTO	HORA/DIA	DOSAGEM	EFEITOS COLATERAIS

Médico: _____ Telefone: _____

Com que frequência o estudante tem consultas?_____ Data da última consulta: _____

Resultados da última consulta/EEG: _____

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

□ Preocupações Educacionais: _____

□ Preocupações Comportamentais: _____

□ Preocupações Emocionais: _____

□ Precauções em Educação Física: _____

□ Precauções no Intervalo/Recreio: _____

□ Precauções em passeios escolares: _____

□ Necessidades especiais de transporte: _____

□ Outros _____

□ Joga em times esportivos extracurricular/participa de atividades extracurriculares na escola? _____

_____

Assinatura dos Pais: _____ Data: _____Telefone Principal: _____

Telefone do Trabalho: _____ Email: _____

Contato de Emergência:_____ Parentesco: _____Telefone: _____