

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: _____