



Студент: _____ Дата: _____ Дата народження: _____ Клас: _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СУДОМНІ НАПАДИ:

Тип судомного розладу: _____

Опис судомного розладу: _____

Тривалість судомного нападу: _____

Час, необхідний для повернення до звичайної діяльності в середньому: _____

Коли-небудь переставав дихати? _____

Можливі ознаки та/або зміна поведінки до судомного нападу: _____

Частота нападів: _____ ☐ Щодня ☐ Щотижня ☐ Щомісяця ☐ Щороку

Типовий час доби, який відбуваються напади: _____ Дата останнього нападу: _____

Коли почались напади? _____ Коли встановлено діагноз? _____

Будь-яка зміна в характері нападів? ☐ Ні ☐ Так (будь ласка, опишіть): _____

Чи впливають інші захворювання на можливість контролювати напади у вашого учня? ☐ Ні ☐ Так (будь ласка, опишіть): _____

ЛІКИ

Студент зараз приймає ліки? ☐ Ні, якщо буде припинено, то коли? _____ ☐ Так (заповніть нижче)

ЛІКИ	ЧАС/ДЕНЬ	ДОЗУВАННЯ	ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ

Лікар: _____ Телефон: _____

Як часто студент відвідує лікаря? _____ Дата останнього візиту: _____

Результати останнього візиту/ЕЕГ: _____

ОСОБЛИВІ ВКАЗІВКИ:

☐ Зауваження щодо освіти: _____

☐ Зауваження щодо поведінки: _____

☐ Зауваження щодо емоцій: _____

☐ Запобіжні заходи на фізкультурі: _____

☐ Запобіжні заходи на перерві: _____

☐ Запобіжні заходи на екскурсіях: _____

☐ Особливі потреби в транспортуванні: _____

☐ Інше _____

☐ Чи грає у позакласній спортивній команді/берете участь у післяшкільних заходах у школі? _____

Підпис одного з батьків: _____ Дата: _____ Телефон: _____

Робочий телефон: _____ Електронна пошта: _____

Контакт для екстрених випадків: _____ Відношення до студента: _____ Телефон: _____