

Tên học sinh: _____ Ngày: _____ NGÀY SINH: _____ Lớp: _____

THÔNG TIN VỀ ĐỘNG KINH:

Loại động kinh: _____

Mô tả cơn động kinh: _____

Thời gian động kinh trong bao lâu: _____

Thời gian trung bình trước khi trở lại hoạt động bình thường: _____

Có khi nào ngừng thở không? _____

Có cảnh báo gì xảy ra và/hoặc thay đổi hành vi trước khi lên cơn động kinh: _____

Tần suất động kinh: _____ ☐ Hàng ngày ☐ Hàng tuần ☐ Hàng tháng ☐ Hàng năm

Cơn động kinh thường xảy ra vào thời gian nào trong ngày: _____ Lần động kinh cuối cùng: _____

Động kinh bắt đầu từ khi nào? _____ Được chẩn đoán khi nào? _____

Any change in seizure pattern? ☐ No ☐ Yes, please describe: _____Có thay đổi nào về kiểu động kinh không? ☐ Không ☐ Có, xin mô tả: _____**THUỐC:**Học sinh hiện đang dùng thuốc? ☐ Không, nếu ngưng thì khi nào? _____ ☐ Có, hoàn thành phần bên dưới

THUỐC	THỜI GIAN/NGÀY	LIỀU LƯỢNG	PHẢN ỨNG PHỤ

Bác sĩ: _____ Điện thoại: _____

Học sinh thường được khám bao lâu một lần? _____ Ngày hẹn cuối cùng: _____

Kết quả của lần thăm khám cuối cùng/EEG: _____

NHỮNG CÂN NHẮC ĐẶC BIỆT:☐ Quan tâm về giáo dục: _____☐ Quan tâm về hành vi: _____☐ Quan tâm về mặt cảm xúc: _____☐ Biện pháp phòng ngừa về giáo dục thể chất: _____☐ Biện pháp phòng ngừa trong giờ ra chơi: _____☐ Biện pháp phòng ngừa cho chuyến đi thực địa: _____☐ Nhu cầu di chuyển đặc biệt: _____☐ Khác _____☐ Tham gia thể thao sau giờ học/tham gia các hoạt động sau giờ học ở trường? _____

Chữ ký Phụ huynh: _____ Ngày: _____ Điện thoại Chính: _____

Điện thoại Nơi làm việc: _____ Email: _____

Liên lạc Khẩn cấp: _____ Quan hệ: _____ Điện thoại: _____