



FORMULARIO DE EPILEPSIA

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Referencia Paciente: _____

Sexo: Hombre Mujer

Edad del paciente: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a o Divorciado/a Viudo/a

Número de hijos: _____

Nivel máximo de formación: Sin estudios Primaria Secundaria/FP Universitaria

Situación laboral: Estudiante Trabajador en activo Desempleado Jubilado

Tipo de convivencia (*posible respuesta múltiple*):

Sólo Pareja Padres Hijos Otros familiares Otros no familiares

B. VARIABLES CLÍNICAS (A rellenar con el diagnóstico médico y la historia clínica)

Fecha de diagnóstico: ___ / ___ / _____

Tipo de epilepsia: Idiopática Sintomática. Origen: _____

Tipo de crisis según localización y actividad motora:

Crisis generalizadas convulsivas

Crisis generalizadas no convulsivas

Crisis epilépticas focales/parciales convulsivas

Crisis epilépticas focales/parciales no convulsivas

Otras

Enfermedades crónicas concomitantes:

Diabetes Hipertensión arterial Sobrepeso u obesidad

Otras: _____, _____, _____, _____

¿Tiene tratamiento anticonvulsionante actualmente?

No. ¿Cuántos años sin tratamiento lleva?: _____

Sí. Cuál: _____

Valoración de la adherencia: Buena Regular Mala Desconocido

C. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA

¿El paciente ha cumplimentado el cuestionario de calidad de vida? Sí No

Si **NO** lo ha cumplimentado indique la razón: _____