

Fiche d'évaluation médicale du retentissement de l'épilepsie

À faire remplir par votre neurologue (ou par votre médecin traitant si vous n'avez pas de neurologue)

1. ETAT CIVIL

Nom Prénom : Né(e) le

2. DESCRIPTION DES CRISES

Type de crises : généralisée état de mal nocturne absence

Fréquence des crises :

Date de la dernière crise :

Hospitalisation suite à une crise sur les 3 dernières années : oui non

Fréquences des crises sur les 3 dernières années

Risque de chutes ? : OUI NON Fréquence des chutes :

Conséquences des chutes, blessures, séquelles :

.....
.....

3. EN DEHORS DES CRISES

Troubles neurocognitifs (langage, pensée, fonctions exécutives, gestion temporo-spatiale, attention, concentration, mémoire, relation, troubles praxiques)

Déficience intellectuelle

Troubles psychiques (dépression, anxiété, angoisses)

Troubles moteurs

Troubles sensoriels (auditifs, visuels)

Asthénie

Autre :

4. TRAITEMENT

Nom et posologie des thérapeutiques :

.....

Capacité à gérer seul son traitement : OUI NON Observance : PARFAITE MAUVAISE

Efficacité du traitement :

Effets secondaires :

.....
.....

5. CONSEQUENCES VIE QUOTIDIENNE

Retentissement sur la sécurité :

Aménagements du logement :

Réalisés :

.....

Souhaitables :

.....

Impact sur la vie sociale : OUI NON

Si oui précisez :

.....

.....

6. IMPACT SUR LA VIE PROFESSIONNELLE : OUI NON

La personne est elle en emploi : OUI NON

Si oui précisez le poste de travail :

.....

.....

Y a-t-il des restrictions au poste de travail : OUI NON

Restrictions :

.....

.....

Y a-t-il eu une inaptitude médicale prononcée par le médecin du travail : OUI NON

Sur quel poste de travail :

.....

DATE :

SIGNATURE ET CACHET PROFESSIONNEL :