

HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES

SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA

LABORATORIO DE SUEÑO

FECHA:

APELLIDO Y NOMBRE:

¿El pte entrego la orden?

FECHA DE NAC.:

DERIVADO POR:

DNI.:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

MOTIVO DE ESTUDIO:

DOMICILIO:

OBRA SOCIAL:

TEL.:

GRACIAS POR RESPONDER ESTE CUESTIONARIO CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE. ESTO POSIBILITARA UNA MEJOR INTERPRETACION DEL ESTUDIO.

1) Describa los eventos anormales con todos los detalles posibles, incluya duración de los episodios, y si estos se asociaron a pérdida del control de esfínteres, confusión u otras anomalías:

2) Indique desde cuando suceden y con que frecuencia:

3) Especifique la duración de los eventos, y en que hora del día se suelen presentar:

4) Si ocurren únicamente durante la noche, trate de determinar en que momento de la misma suceden:

5) Si el paciente ha tomado, o actualmente toma medicación, por favor, detállela:

6) Si el paciente está asintomático, o los episodios han disminuido en frecuencia e intensidad, indique desde cuando y si esto coincidió con la ingesta de alguna medicación:

7) Si tiene estudios anteriores (EEG, TAC, RMN) indique los resultados:

8) Si padece alguna enfermedad concomitante, por favor, descríbala:

ANTECEDENTES:

- ¿Ha habido inconvenientes durante el embarazo o el parto?
- ¿Ha ocurrido anoxia perinatal?
- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad?
- La maduración, el desarrollo y el rendimiento escolar han sido normales? Si no fue así, describa los inconvenientes.
- ¿Hay antecedentes familiares de epilepsia?

OBSERVACIONES: