

# REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE ATAQUES EPILÉPTICOS

El *Registro de observación de ataques epilépticos* proporciona un formato detallado guiado para mantener el registro de los ataques epilépticos de su niño. Puede usar este formulario para hacer el seguimiento de los ataques epilépticos individuales del niño o usar el *Registro de ataques epilépticos* para mantener un registro en curso.

Nombre:	ATAQUE 1	ATAQUE 2
Fecha y hora		
<b>CONDICIONES ANTES DEL ATAQUE EPILÉPTICO</b>		
Indique y describa comportamientos, detonantes, actividades, etc.		
¿Estaba despierto cuando se inició el ataque epiléptico? (sí, no, conciencia alterada)		
Lesiones sufridas durante el ataque epiléptico (describa brevemente)		
<b>SENSACIONES EXPERIMENTADAS POR LA PERSONA ANTES/DURANTE EL ATAQUE EPILÉPTICO</b>	Encierre en un círculo Sí o No	Encierre en un círculo Sí o No
Sensación de que algo ya ha pasado	Sí      No	Sí      No
Sabor raro en la boca	Sí      No	Sí      No
Sensación rara en el estómago	Sí      No	Sí      No
Cambios de visión (borrosa, etc.)	Sí      No	Sí      No
Cambios de oído	Sí      No	Sí      No
Olores extraños o sorprendentes	Sí      No	Sí      No
<b>TONO MUSCULAR/MOVIMIENTO DEL CUERPO</b>	Encierre en un círculo Sí o No	Encierre en un círculo Sí o No
Anquilosamiento/Tensado	Sí      No	Sí      No
Flacidez	Sí      No	Sí      No
Caída	Sí      No	Sí      No
Balanceo	Sí      No	Sí      No
Vagabundeo	Sí      No	Sí      No
Movimiento súbito/sacudidas de todo el cuerpo	Sí      No	Sí      No
<b>MOVIMIENTOS DE LAS EXTREMIDADES</b>	Encierre en un círculo Sí o No	Encierre en un círculo Sí o No
Movimiento súbito del brazo derecho	Sí      No	Sí      No
Movimiento súbito del brazo izquierdo	Sí      No	Sí      No
Movimiento súbito de la pierna derecha	Sí      No	Sí      No
Movimiento súbito de la pierna izquierda	Sí      No	Sí      No
Movimiento súbito aleatorio de brazos/piernas	Sí      No	Sí      No
<b>COLOR</b>	Encierre en un círculo Sí o No	Encierre en un círculo Sí o No
Azulado	Sí      No	Sí      No
Pálido	Sí      No	Sí      No
Enrojecido	Sí      No	Sí      No

# REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE ATAQUES EPILÉPTICOS

	ATAQUE 1		ATAQUE 2	
<b>OJOS</b>	Encierre en un círculo Sí o No		Encierre en un círculo Sí o No	
Pupilas dilatadas	Sí	No	Sí	No
Girados hacia un lado (derecho o izquierdo)	Sí	No	Sí	No
En blanco/no visibles	Sí	No	Sí	No
Mirada fija o parpadeo	Sí	No	Sí	No
Cerrados	Sí	No	Sí	No
<b>BOCA</b>	Encierre en un círculo Sí o No		Encierre en un círculo Sí o No	
Salivación	Sí	No	Sí	No
Masticación	Sí	No	Sí	No
Ruidos con los labios	Sí	No	Sí	No
<b>OTROS SÍNTOMAS (DESCRIBA POR FAVOR)</b>	Encierre en un círculo Sí o No		Encierre en un círculo Sí o No	
Sonidos verbales (arcadas, hablar, aclarado de la garganta, etc.)	Sí	No	Sí	No
Respiración (normal, pesada, interrumpida, ruidosa, etc.)	Sí	No	Sí	No
Incontinencia (orina o heces fecales)	Sí	No	Sí	No
Otros				
<b>OBSERVACIÓN DESPUÉS DE UN ATAQUE EPILÉPTICO</b>	Encierre en un círculo Sí o No		Encierre en un círculo Sí o No	
Confuso	Sí	No	Sí	No
Somnoliento/Cansado	Sí	No	Sí	No
Dolor de cabeza	Sí	No	Sí	No
Habla dificultosa	Sí	No	Sí	No
Otros				
<b>OTROS DETALLES</b>	ATAQUE 1		ATAQUE 2	
Duración del ataque epiléptico				
¿Cuánto tiempo hasta recuperar el conocimiento completo?				
¿Se ha notificado a los padres/tutores? (Hora de la llamada)				
¿Se llamó a los servicios médicos de emergencia? (Hora de la llamada y hora de llegada)				
Nombre del observador:				
Comentarios adicionales				