

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA CENTRO DE REFERÊNCIA EM EPILEPSIA
REFRATÁRIA DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS (CRER-HGRS)

Identificação:

Nome completo: _____

Nome Social: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Nome do responsável (se aplicável): _____

Telefone do responsável (se aplicável): _____

Peso atual:

1. Classificação da Epilepsia (marcar somente um):

- ☐ Focal
- ☐ Generalizada
- ☐ Desconhecida

2. Etiologia da Epilepsia (marcar pelo menos um e descrever brevemente)

☐ Estrutural:

☐ Genética:

☐ Infecciosa:

☐ Outra (Metabólica/Imunomediada...):

☐ Desconhecida:

3. Tipo e Frequência de Crises Atuais (marca pelo menos uma)

3.1. Crises Tônico-Clônicas (marcar somente um dos abaixo)

- ☐ Diária – Média de Crises/Dia: _____
- ☐ Semanal – Média de Crises/Semana: _____
- ☐ Mensal – Média de Crises/Mês: _____
- ☐ Anual – Média de Crises/Ano: _____

☐ Crise controlada (Sem crises deste tipo há 1 ano)

3.2. Crises Focais Disperceptivas – Com alteração da consciência (marcar somente um dos abaixo)

☐ Diária – Média de Crises/Dia: _____

☐ Semanal– Média de Crises/Semana: _____

☐ Mensal – Média de Crises/Mês: _____

☐ Anual – Média de Crises/Ano: _____

☐ Crise controlada (Sem crises deste tipo há 1 ano)

3.3. Crises Focais Perceptivas – Sem alteração da consciência (marcar somente um dos abaixo)

☐ Diária – Média de Crises/Dia: _____

☐ Semanal– Média de Crises/Semana: _____

☐ Mensal – Média de Crises/Mês: _____

☐ Anual – Média de Crises/Ano: _____

☐ Crise controlada (sem crises deste tipo há 1 ano)

3.4. Crises de início desconhecido (marcar somente um dos abaixo)

☐ Diária – Média de Crises/Dia: _____

☐ Semanal– Média de Crises/Semana: _____

☐ Mensal – Média de Crises/Mês: _____

☐ Anual – Média de Crises/Ano: _____

☐ Crise controlada (sem crises deste tipo há 1 ano)

4. Possui Critério para Epilepsia Fármaco-Resistente?

☐ Não

☐ Sim (Persistência das crises apesar do uso adequado de pelo menos DOIS tratamentos em monoterapia ou politerapia com fármacos anti-crise, escolhidos e administrados de maneira apropriada).

5. Histórico de Fármacos Anti-Crise já utilizados (marcar todos que já foram utilizados indicando a dose máxima diária em mg/dia)

☐ Ácido Valpróico/Valproato de Sódio - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____

☐ Canabidiol - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____

☐ Carbamazepina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____

☐ Clobazam - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____

☐ Clonazepam - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____

☐ Etossuximida - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____

☐ Fenitoína - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____

- ☐ Fenobarbital - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Gabapentina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Lacosamida - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Lamotrigina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Levetiracetam - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Oxcarbazepina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Pregabalina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Primidona - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Topiramato - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Vigabatrina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Outra
(Especificar _____)
- Dose Máxima Diária (mg/dia): _____

6. Fármacos Anti-Crise em uso ATUAL (marcar todos que estão sendo utilizados atualmente indicando a dose diária atual em mg/dia)

- ☐ Ácido Valpróico/Valproato de Sódio - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Canabidiol - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Carbamazepina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Clobazam - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Clonazepam - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Etossuximida - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Fenitoína - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Fenobarbital - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Gabapentina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Lacosamida - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Lamotrigina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Levetiracetam - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Oxcarbazepina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Pregabalina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Primidona - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Topiramato - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Vigabatrina - Dose Máxima Diária (mg/dia): _____
- ☐ Outra
(Especificar _____)
- Dose Máxima Diária (mg/dia): _____

7. Exames Complementares (Marcar se já realizou exame, indicar data da realização, se resultado normal ou anormal e anexar exame)

7.1. EEG – Data da realização: _____

☐ Normal

☐ Anormal

☐ Especificar anormalidade _____

7.2. RM de Crânio– Data da realização: _____

☐ Normal

☐ Anormal

☐ Especificar anormalidade _____

8. Possui outras Comorbidades/Condições médicas?

☐ Não

☐ Sim – Descrever

9. Usa outras medicações

☐ Não

☐ Sim – Descrever

10. Resumo da História Clínica:

11. Exame Neurológico Alterado?

☐ Não

☐ Sim - Descrever alterações: _____

12. Possui alterações cognitivas ou comportamentais:

☐ Não

☐ Sim – Descrever alterações:

13. Motivo do encaminhamento:

14. Expectativa do tratamento:

Responsável pelo Encaminhamento:

Nome do médico:

CRM:

RQE:

Especialidade:

Telefone:

E-mail:

Assinatura e carimbo.