Data	Godzina /czas trwania	Napad/rodzaj/uwagi

Data	Godzina /czas trwania	Napad/rodzaj/uwagi

Imię .....

Nazwisko .....

Wiek ..... **Data pierwszego napadu** .....

Wyst. padaczki w rodzinie:

☐ tak (pokrewieństwo) .....

☐ nie

Przebyte urazy głowy (szczególnie z utratą przytomności):

☐ tak (kiedy) .....

☐ nie

Współistniejące choroby/przyjmowane leki .....

.....

.....

.....

Oddajemy w Państwa ręce dzienniczek napadów. Zachęcamy do jego wypełnienia. Pomoże on lekarzowi monitorować objawy i dopasować adekwatne leczenie. Zapiski dokonane w dzienniczku pomogą także w udzielaniu odpowiedzi, które zada lekarz na wizycie kontrolnej.

W dzienniczku warto odnotować okoliczności, które miały miejsce **przed atakiem** i mogły wpłynąć na jego wystąpienie, np.: niedobór snu, stres, migające światła, TV, komputer, gorączka, alkohol, narkotyki, nieregularnie przyjęte leki, dieta, faza cyklu (u kobiet).

Przebieg ataku, np.: okoliczności w jakich wystąpił, czas trwania, towarzyszące mu objawy (utrzymanie świadomości, drgawki, drętwienie ciała, skurcze, niekontrolowane ruchy, zdolność mowy, nietrzymanie moczu

Po ataku, np.: zachowana świadomość lub brak, senność, zdolność mówienia, splątanie, drażliwość.

Data	Godzina /czas trwania	Napad/rodzaj/uwagi

Data	Godzina /czas trwania	Napad/rodzaj/uwagi

Data	Godzina /czas trwania	Napad/rodzaj/uwagi

ADAMED GRUPA