

KUVAUS EPILEPSIAN LUONTEESTA

Epilepsia on joukko oireyhtymiä, joiden syyt, hoito ja kohtaukset vaihtelevat suuresti.

Tämän lomakkeen tavoitteena on tuoda esiin yksilöllinen **kuvaus oman epilepsian erityispiirteistä ja ilmenemismuodoista**.

Täytettyä lomaketta tai osia siitä voidaan käyttää ennakkotietona sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä asioitaessa esim. palvelusuunnittelussa.

Lomaketta voi täyttää epilepsiaa sairastava henkilö yksin tai yhdessä läheisten ja / tai häntä hoitavan tahon kanssa.

Nimi _____

Päiväys _____

Millaista epilepsiaa sairastat? _____

Onko epilepsiasi syy tutkittu? Mikä sen aiheuttaa?

Missä epilepsiaasi liittyviä asioita hoidetaan?

KOHTAUSTILANNE

Miten usein sinulla on kohtauksia? _____

Kauanko kohtauksesi yleensä kestävät? _____

Tulevatko kohtaukset yleensä samaan vuorokauden aikaan?

Eivät Kyllä, milloin? _____

Pystytkö hälyttämään apua, jos saat kohtauksen?

En Joskus Kyllä, miten? _____

KOHTAUSOIREET

Millaisia oireita kohtaukseen liittyi?

- Ennakkotuntemus, mikä? _____
- Tajunnan hämärtyminen
- Puhehäiriö
- Toimintojen pysähtyminen
- Autonomisen hermoston oireet kuten esim. hikoilu, punohtuminen, kalpeneminen, vatsatuntemus tai silmäterien laajeneminen.
Mikä? _____
- Psyykkiset oireet kuten esim. ennalta koetun tunne, pelkoaistimus tai hyvän olon tunne. Mikä? _____
- Automaattiset liikkeet kuten esim. vaatteiden hypistely, nieleskely, liikkeelle lähteminen tai riisuutuminen.
Mikä? _____
- Aistioireet kuten esim. näkö-, kuulo- tai tasapaino-oire.
Mikä? _____
- Raajojen, vartalon ja/tai kasvojen rytmisen nykinä / kouristelu
- Vartalon ja / tai raajojen jäykistyminen
- Lihasjänteyden äkillinen menetys tai aleneminen, kaatuminen
- Lihasnykäykset (myokloniat); yksittäinen tai satunnaisesti toistuva äkillinen lihasnykäys
- Mahdolliset muut kohtausoireet, mitkä?

Onko sinulla epilepsiaan liittyviä muita oireita ? Millaisia? _____

KOHTAUKSEN KUVAILUT

Miten itse kuvailisit kohtauksiasi ja niiden kulkua?

Jonkun kohtauksesi nähneen kuvaus tilanteesta

Tiedätkö tilanteita tai asioita, jotka altistavat sinut saamaan kohtauksia?

Oletko koskaan loukannut itseäsi kohtauksen yhteydessä? Miten?

Pelkäätkö kohtauksia?

En Kyllä, miksi ja miten se vaikuttaa elämääsi? _____

KOHTAUKSIIN LIITTYVÄ AVUN JA TUEN TARVE

Tarvitsetko kohtauksen jälkeen yleensä sairaalahoitoa?

En Joskus Kyllä, miksi? _____

Tarvitsetko ensiapulääkettä kohtauksen laukaisemiseen?

En Joskus Kyllä, mitä? _____

Kuinka kauan kohtauksista toipuminen yleensä kestää?

- Tunnin, (voin jatkaa esim. koulussa / töissä hetken levättyäni)
- Puoli päivää, (lepään esim. loppupäivän)
- Vuorokauden, (kohtauksen jälkeen tarvitsen yhden sairauslomapäivän)
- Useamman päivän
- En tarvitse kohtauksen jälkeen toipumisaikaa

Tarvitsetko yleensä jotain apua heti kohtauksen jälkeen?

- Apua lepäämään pääsyssä
- Apua vaatteiden vaihdossa ja siistiytyemisessä
- Apua päivittäisten lääkkeiden ottamisessa
- Apua syömisestä huolehtimisessa
- Valvontaa / seurantaa uusien kohtausten varalta
- Muuta, mitä? _____

Tarvitsetko yleensä muuta apua arjen toimissa? _____

LÄÄKITYS JA MUUT SAIRAUDET JA / TAI VAMMAT

Mitä epilepsialääkkeitä sinulla on käytössä tällä hetkellä?

Aiheuttaako epilepsialääkitys sinulle jotain sivuvaikutuksia?

Ei Kyllä, millaisia? _____

Onko sinulla epilepsian lisäksi muita sairauksia tai vammoja?

Ei Kyllä, mitä? _____

Onko sinulla käytössä muita kuin epilepsialääkkeitä? Mitä?

Muita huomioitasi, jotka haluat tuoda esiin _____

Lomakkeen täytti / täyttivät _____
