

## BESKRIVNING OM EPILEPSINS KARAKTÄR

Epilepsi är en grupp av symptom, vilkas orsaker, vård och anfall varierar mycket.

Syftet med blanketten är att få fram en individuell beskrivning om den egna epilepsins specialdrag och uttrycksformer.

Man kan utnyttja denna blankett eller delar av den som förhandsinformation när man sköter sina ärenden inom social- och hälsovården, t.ex. vid serviceplanering.

En person med epilepsi kan fylla i blanketten själv eller tillsammans med anhöriga och / eller med vårdpersonalen.

Namn \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Hurdan epilepsi har du? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Har man undersökt orsaken för din epilepsi? Vilken är den?

\_\_\_\_\_

Var vårdas du för din epilepsi?

\_\_\_\_\_

### ANFALLSSITUATION

Hur ofta har du anfall? \_\_\_\_\_

Hur länge varar dina anfall i allmänhet? \_\_\_\_\_

Förekommer anfall i allmänhet samma tid under dygnet?

Nej  Ja, när? \_\_\_\_\_

Kan du kalla på hjälp om du får anfall?

Nej  I bland  Ja, hur? \_\_\_\_\_

## **ANFALLSSYMPATOM**

### **Hurdana symptom har du?**

- Föraning, hurdan? \_\_\_\_\_
- Försvagat medvetande
- Talsvårigheter
- Upphörande av pågående aktivitet
- Autonoma symptom t.ex. svettning, rodnad, blekhet, illamående eller ändringar i pupillernas storlek.  
Vilket? \_\_\_\_\_
- Psykiska symptom t.ex. känsla att man har upplevt det förr, känsla av välmående eller av rädsla. Vilket? \_\_\_\_\_
- Automatiska rörelser t.ex. fingrar på kläder, sväljer, rör på sig eller klär av sig.  
Vilket? \_\_\_\_\_
- Sensoriska symptom t.ex. syn-, hörsel- eller balanssymptom.  
Vilket? \_\_\_\_\_
- Knyckningar / kramper i lemmar, kropp och / eller ansikte
- Stelhet i kropp och / eller lemmar
- Plötslig förlust eller sänkning i muskeltonus, fallande
- Muskelryckning (myoklonus); enstaka eller tillfällig plötslig muskelryckning
- Andra möjliga anfallssymptom, vilka? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Har du andra symptom som har med epilepsin att göra? Vilka?**

---

---

---

## **BESKRIVNING AV ANFALL**

**Hur skulle du själv beskriva dina anfall och deras förlopp?**

---

---

---

---

---

**Beskrivning av någon annan som har sett dina anfall**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Känner du till om det finns några situationer eller saker som framprovocerar anfall?** \_\_\_\_\_

---

---

**Har du någon gång skadat dig vid anfall? Hur?** \_\_\_\_\_

---

---

**Är du rädd för anfall?**

Nej  Ja, varför och hur inverkar det på ditt liv? \_\_\_\_\_

---

---

---

## **BEHOV AV HJÄLP OCH STÖD VID ANFALL**

**Behöver du i allmänhet sjukhusvård efter anfall?**

Nej  Ibland  Ja, varför? \_\_\_\_\_

**Behöver du förstahjälpsmedicin för att få slut på dina anfall?**

Nej  Ibland  Ja, vilken? \_\_\_\_\_

**Hur länge tar det i allmänhet att återhämta dig?**

En timme, (jag kan fortsätta t.ex. i skolan/arbetet efter att ha vilat en stund)

En halv dag, (jag vilar t.ex. resten av dagen)

Ett dygn, (efter anfall behöver jag en dag sjukledigt)

Flera dagar

Jag behöver ingen återhämtningstid

**Behöver du i allmänhet någon hjälp genast efter ett anfall?**

Hjälpt att gå och vila

Hjälpt med att byta kläder och snygga till dig

Hjälpt med att ta din dagliga medicin

Hjälpt med ätande

Övervakning / uppföljning för nya anfalls skull

Något annat, vad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Behöver du annars hjälp med dagliga sysslor? \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **MEDICINERING OCH ANDRA SJUKDOMAR OCH / ELLER HANDIKAPP**

Vilka epilepsimediciner använder du för tillfället?

---

---

---

Förorsakar epilepsimedicineringen dig biverkningar?

Nej  Ja, hurdana? \_\_\_\_\_

---

Har du ytterligare andra sjukdomar eller handikapp?

Nej  Ja, vilka? \_\_\_\_\_

---

---

Använder du andra mediciner än epilepsimediciner? Vilka?

---

---

---

Andra synpunkter som du vill föra fram \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Blanketten ifylldes av \_\_\_\_\_

---