

# 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?<br>(sí, no, conciencia alterada) |                                       |                                       |
| Lesiones sufridas durante el ataque epiléptico (describa brevemente)                      |                                       |                                       |
| <b>SENSACIONES EXPERIMENTADAS POR LA PERSONA ANTES/DURANTE EL ATAQUE EPILÉPTICO</b>       | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> |
| 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>  | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> |
| 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>  | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> |
| 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>  | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> |
| 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>  | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> |
| 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>  | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> |
| 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>   | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> |
| 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>   | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> | <b>Encierre en un círculo Sí o No</b> |
| 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>  | <b>ATAQUE 1</b>                       | <b>ATAQUE 2</b>                       |
| 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?<br>(Hora de la llamada y hora de llegada) |                                       |                                       |
| Nombre del observador:   |                                       |                                       |
| Comentarios adicionales  |                                       |                                       |
|  |                                       |                                       |
|  |                                       |                                       |