



Unité de surveillance de l'épilepsie – Demande d'hospitalisation

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Nom _____
DN (aaaa/mm/jj) _____
OHIP _____
Téléphone _____

L'Hôpital d'Ottawa – Campus Civic
1053, avenue Carling, Ottawa ON K1Y 4E9

Téléphone : 613-798-5555, poste 13873

Télécopieur : 613-764-4752

Veillez joindre le résumé médical du patient, y compris ses anticonvulsivants et ses antécédents de crises épileptiques.

Reçu le _____ à (hh:mm) _____ Reçu à l'Unité (date) _____

Priorité : Urgent (1-2 mois) Régulier (\geq 3 mois)

Raison de la surveillance à long terme (sélectionnez toutes les réponses pertinentes) :

- Évaluation chirurgicale – phase I
- Clarification / diagnostic des crises (Forte probabilité qu'il s'agisse de CPNE)
- Changement de médicament / début d'un NOUVEAU MÉDICAMENT
- Autre : veuillez préciser _____

Plan pharmacologique pendant l'hospitalisation à l'Unité :

1. Une réduction est-elle prévue **AVANT** l'hospitalisation? Oui Non _____
2. Pendant le séjour à l'Unité, envisager de cesser les médicaments suivants : _____
3. Pendant le séjour à l'Unité, envisager d'ajouter les médicaments suivants : _____

Patient admissible à une hospitalisation de 4 jours? Oui Non

Risque de problèmes de comportement (p. ex. psychose, agression, confusion)? Oui Non

Antécédents de l'état de mal épileptique? Oui Non _____

Circonstances ou problèmes particuliers? (besoin de services d'interprétation, vit en foyer de groupe, ajustements pharmacologiques demandés, etc.) _____

MÉDECIN FAISANT LA DEMANDE Nom (lettres moulées) : _____

Signature _____ Date _____ Heure _____