



OTTAWA EPILEPSY
PROGRAM



Clinique d'épilepsie pour femmes

Demande de consultation

Nom de la patiente : _____

Date de naissance : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

Anticonvulsivant(s) actuel(s) : _____

❖ Veuillez sélectionner un type de demande de consultation :

Gestion des anticonvulsivants et de la grossesse :

1. La patiente est-elle enceinte?

Oui Non

Si oui,

a) Quelles sont la gestité et la parité de la grossesse?

G Pr. Av. Acc.

b) Quelle était la première journée des dernières menstruations?

c) La patiente fait-elle des crises épileptiques?

Oui Non

d) Quand la dernière crise a-t-elle eu lieu?

e) La patiente est-elle suivie par un obstétricien?

Oui Non

2. La patiente souhaite-t-elle devenir enceinte?

Oui Non

a) Si oui, est-elle exempte de crises épileptiques?

b) Quand la dernière crise a-t-elle eu lieu?

Choix de la méthode de contraception

Gestion des crises épileptiques liées aux menstruations (crises épileptiques cataméniales)

Gestion des crises épileptiques en période de périménopause

- S'agit-il d'une patiente dont l'épilepsie est bien contrôlée, mais qui a eu des accès de crises épileptiques en période de pérимénopause? Oui Non

Inquiétude sur les effets des anticonvulsivants sur la santé osseuse

Fournisseur de soins qui fait la demande de consultation : _____ Signature : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____