

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**Avaliação clínica e terapêutica de eventos epilépticos pós Trauma
Cranioencefálico em pacientes acompanhados no Ambulatório
Araújo Lima no período de 2013 a 2014**

**MANAUS
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**Avaliação clínica e terapêutica de eventos epilêpticos pós Trauma
Cranioencefálico em pacientes acompanhados no Ambulatório
Araújo Lima no período de 2013 a 2014**

**MANAUS
2014**

Sumário

1. Resumo	4
2. Introdução	4
3. Justificativa	5
4. Objetivos	6
4.1. Objetivo Geral	6
4.2. Objetivos Específicos	6
5. Material e Métodos	6
5.1. Aspectos Éticos	6
5.2. Tipo de Estudo	6
5.3. População de Estudo	7
5.3.1. Critérios de inclusão	7
5.3.2. Critérios de exclusão	7
5.4. Metodologia detalhada	7
5.5. Instrumento de Coleta	8
5.6. Tamanho da amostra	9
5.7. Análises de Dados	9
6. Resultados Parciais	9
7. Discussão	11
8. Cronograma de execução	12
9. Referências Bibliográficas	13
10. Anexos	14

1. Resumo

O trauma cranioencefálico apresenta grande incidência na cidade de Manaus, sendo suas principais causas: acidentes automobilísticos e ferimento por arma de fogo. Devido à frequência destas causas na cidade, um número significativo de pacientes é acompanhado pelo serviço da neurologia do Ambulatório Araújo Lima, especialmente com sequelas do traumatismo craniano, sendo as crises epiléticas uma destas. Sabe-se que o Trauma Cranioencefálico é a principal causa de epilepsia adquirida, portanto torna-se essencial entender as correlações entre essas duas ocorrências. A crise epilética causada pelos danos ocorridos no traumatismo craniano tem maior resistência medicamentosa, não respondendo aos fármacos comuns para o tratamento da epilepsia, ou necessitando de doses elevadas. O tipo de crises e a duração das mesmas também apresentam particularidades de acordo com a gravidade do trauma, esses pacientes são em sua maioria resistentes aos fármacos antiepiléticos. Dessa forma o paciente portador de crises epiléticas causadas por traumatismo cranioencefálico necessita de um acompanhamento personalizado e uma conduta especial dependendo da avaliação clínica.

2. Introdução

O traumatismo Cranioencefálico (TCE) é importante causa de morte e de deficiência física e mental, superado apenas pelo acidente vascular cerebral (AVC) como patologia neurológica com maior impacto na qualidade de vida. (1)

Lesões cerebrais ocorrem em todas as faixas etárias, sendo mais comuns em adultos jovens, na faixa entre 15 e 24 anos. A incidência é de três a quatro vezes maiores nos homens do que nas mulheres. Os acidentes de trânsito são a principal causa de lesão cerebral vindo em seguida a violência pessoal. (2)

Vários são os mecanismos responsáveis pelos TCEs: lesões corto-contusas, perfurações, fraturas de crânio, movimentos bruscos de aceleração e desaceleração e estiramento da massa encefálica, dos vasos intracranianos e das meninges (membranas que revestem o cérebro). As lesões podem ser focais ou generalizadas. As focais localizam-se próximas à área do trauma ou em áreas mais distantes. (3)

A cada ano, somente nos Estados Unidos, meio milhão de pessoas sofrem de traumatismo cranioencefálico (TCE) grave, necessitando de internação. Esta entidade clínica é um grande problema da área de Saúde Pública no que diz respeito ao seu impacto neuropsicológico bem

como na sua morbidade naqueles que sobrevivem¹. O impacto do TCE como um fator de risco para o desenvolvimento de epilepsia é bem conhecido, representando a principal causa de epilepsia adquirida. (4)

A epilepsia é uma das complicações mais comuns do TCE. Cerca de 5% dos pacientes desenvolvem crises epiléticas recorrentes. Esta frequência varia de acordo com diversos aspectos relacionados ao tipo de lesão cerebral, costumando ser mais alta em lesões mais graves. Elas incidem mais na primeira semana, quando são chamadas crises precoces ou da fase aguda. Quando ocorrem após a primeira semana, são chamadas de tardias. Dos pacientes que apresentam crises no período tardio, 50% costumam tê-las dentro do primeiro ano após o TCE, 25% dentro de quatro anos, e o restante nos anos subsequentes. O tratamento não difere das demais epilepsias (drogas antiepiléticas habituais). Em alguns casos não é possível controlar as crises com medicamentos. (1)

3. Justificativa

O impacto do TCE como um fator de risco para o desenvolvimento de epilepsia é bem conhecido, representando a principal causa de epilepsia adquirida. (5)

O uso de antiepiléticos de maneira inadequada é relativamente frequente. Não raramente, pacientes que nunca tiveram crises epiléticas ou as apresentaram apenas na fase aguda (primeira semana após o acidente) permanecem usando medicações antiepiléticas por tempo prolongado. Com base em estudos realizados até o momento, não há indicação precisa para esse uso. Além das drogas não atuarem como profiláticas, evitando as crises, elas têm efeitos colaterais, e podem retardar os mecanismos de regeneração do cérebro.

Como as epilepsias relacionadas com lesão cerebral identificável, a epilepsia pós-traumática costuma ser persistente. Mesmo após um determinado período sem crises, pode haver recorrência. Isto significa que, muitas vezes, as medicações para controle de crises devem ser mantidas por períodos mais longos do que o habitual, mesmo havendo remissão por mais de dois anos. (6)

A presença de quadro convulsivo pós-TCE é uma condição muito incapacitante para o paciente e que apresenta pouca revisão clínica sobre sua conduta e tratamento principalmente na cidade de Manaus, portanto torna-se imprescindível um estudo que avalie o estado clínico epidemiológico e a terapêutica utilizada nesses pacientes avaliando a real necessidade do uso

de medicações antiepilépticas por um longo período de tempo mesmo com a presença de efeitos colaterais.

Sabendo que existem poucos estudos sobre essa repercussão, em especial na região norte do Brasil e, que uma das características desses ataques epiléticos, é ser persistente e resistente a medicações, torna-se necessários estudos de acompanhamento da evolução clínica dos pacientes para que posteriormente através desses dados a doença seja melhor abordada.

O presente estudo propões sanar essas lacunas de conhecimento entre o benefício da terapêutica e os riscos de sua administração prolongada, assim como analisar as variáveis da evolução clínica desses paciente, contribuindo para o possível estabelecimento de um melhor plano de conduta a ser implantado no serviço de neurologia do Ambulatório Araújo Lima.

4. Objetivos

4.1. Objetivo Geral

- Analisar a história clínica e epidemiológica dos pacientes com crises epiléticas pós TCE acompanhados pelo Ambulatório Araújo Lima – Manaus/AM;

4.2. Objetivos Específicos

- Analisar os benefícios da terapêutica antiepiléptica nos pacientes com crises pós TCE;
- Analisar a evolução clínica desses pacientes no período de 2013 a 2014;

5. Material e Métodos

5.1. Aspectos Éticos

O presente estudo abordou diretamente o sujeito da pesquisa, pois para a coleta das variáveis pertinentes, foram feitas perguntas aos próprios pacientes com o acompanhamento do seu prontuário. Os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana – Plataforma Brasil.

5.2. Tipo de Estudo

O estudo foi quantitativo-qualitativo, descritivo, indutivo e prospectivo. O método de pesquisa foi bibliográfico-experimental.

Esse estudo foi realizado no ambulatório Araújo Lima, no atendimento do serviço de neurologia, no período de agosto/2013 a abril/2014 com os pacientes que assinarem o TCLE e preencheram os critérios delimitados para o projeto.

O desenho do estudo visou determinar a alta incidência de crise epiléticas pós-TCE e suas particularidades em relação a outras crises como é o caso da sua forma ser resistente a medicação, proporcionando assim maiores conhecimentos sobre esse mal que é a principal causa de epilepsia adquirida. (5)

5.3. População de Estudo

A população de estudo foi composta por pacientes que sofreram trauma crânio encefálico prévio e evoluíram após o tratamento com crises epiléticas, e que estavam sendo acompanhados pelo serviço de neurologia no ambulatório Araújo no período de julho de 2012 a fevereiro de 2014, obedecendo aos seguintes critérios:

5.3.1. Critérios de inclusão

- Pacientes maiores de 18 anos com crises epiléticas que tiveram TCE prévio, que façam acompanhamento no Ambulatório Araújo Lima;

5.3.2. Critérios de exclusão

- Pacientes que não aceitem participar da pesquisa;
- Pacientes que não tenham a causa da epilepsia confirmada;
- Pacientes que tiveram epilepsia na infância;

5.4. Metodologia detalhada

Avaliar prospectivamente os prontuários e coletar informações de 100 portadores de crises epiléticas pós-TCE que serão acompanhados no ambulatório Araújo Lima pelo serviço da neurologia pelo período de agosto/2013 a abril/2014.

Os pacientes foram informados e orientados quanto aos objetivos e metodologia do estudo e a partir do consentimento expressamente assinado através do TCLE (Anexo A).

Foram coletados dados através da Ficha de Coleta de Dados (Apêndice A), buscando-se assim obter informações sobre a evolução tratamento, classificação das crises epiléticas e evolução clínica.

No primeiro momento após a ambientação do paciente ao projeto e a assinatura do TCLE foi aplicado o questionário do Mini Exame do Estado Mental (Anexo B) para avaliar os aspectos cognitivos dos pacientes previamente selecionados que atendam os critérios de inclusão e exclusão.

No segundo momento, foram coletados os dados do paciente em uma Ficha de Coleta de Dados (Apêndice A), onde foram analisados os antecedentes familiares, outras co-morbidades, idade, sexo, data do trauma, onde ocorreu o tratamento, que tipo de tratamento foi utilizado, a data de início das crises, qual a medicação usada, dose início e retirada dessa medicação, tempo de duração e frequência das crises epiléticas e o resultado do EEG. Também foi feita a avaliação clínica desse paciente pelo neurologista responsável pela pesquisa.

No terceiro momento, quando os pacientes previamente selecionados voltaram para a consulta de acompanhamento trimestral foi aplicada novamente a Ficha de Coleta de Dados (Apêndice A) e feita a avaliação da evolução clínica pelo neurologista responsável pela pesquisa.

Após o período de coleta de dados os mesmos foram armazenados em uma tabela e posteriormente analisados de forma comparativa entre os dois períodos de aplicação da Ficha para conhecer a evolução clínica e terapêutica das crises epiléticas pós-TCE nesses pacientes.

A análise dos resultados estima-se que será usada para estabelecer um protocolo de tratamento baseado em evidências clínicas que melhor atenda esses pacientes e que se adeque a realidade da cidade de Manaus, propondo uma opção adequada de tratamento.

5.5. Instrumento de Coleta

Foi aplicado um questionário específico (Apêndice A) de coleta de dados e também o questionário de Mini Exame do Estado Mental – MEEM (Anexo B) para analisar o estado cognitivo do paciente, ambos os questionários estão baseado nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Neurologia para análise da apresentação clínica do paciente com crises epiléticas.

5.6. Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi estimado em relação à proporção média de pacientes portadores de crises epiléticas pós TCE do Ambulatório Araújo Lima, objetivando estudar 20% dos pacientes, sendo atendidos em média por ano 480, estima-se portanto um tamanho amostral de 100 pacientes.

5.7. Análises de Dados

As variáveis foram analisadas por meio do programa estatístico Epi Info, sendo apresentados em tabelas de distribuição de frequências e em gráficos. As possíveis associações foram verificadas por meio do Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, considerando um nível de 5% de significância.

6. Resultados

Foram coletados 30 pacientes durante a realização do projeto, sendo que apenas 8 apresentavam o resultado de eletroencefalograma em mãos, foi solicitado a todos os outros que trouxessem seus exames na próxima consulta. No entanto até a data da última coleta no ambulatório apenas 2 pacientes retornaram com os exames. Existe uma dificuldade muito grande em acompanhar os pacientes pois os mesmos só retornam a cada 4 meses ou mais e a taxa de abandono é muito grande para os pacientes com um grande período assintomáticos ou aqueles que são provenientes do interior do estado. Houve também grande dificuldade na coleta de pacientes pois o ambulatório específico de epilepsias entrou em recesso durante o mês de novembro e estava parado até em janeiro.

Os dados foram tabelados e encontrou-se 87% homens contra 13% mulheres, todos os pacientes acima de 15 anos, tendo maior prevalência na faixa etária de adultos jovens (Gráfico 1). Desses 80% usa a mesma medicação (carbamazepina) e apresentava controle insatisfatório das crises sendo mais de 4 episódios por mês. Esses resultados são consistentes com a proposta da pesquisa.

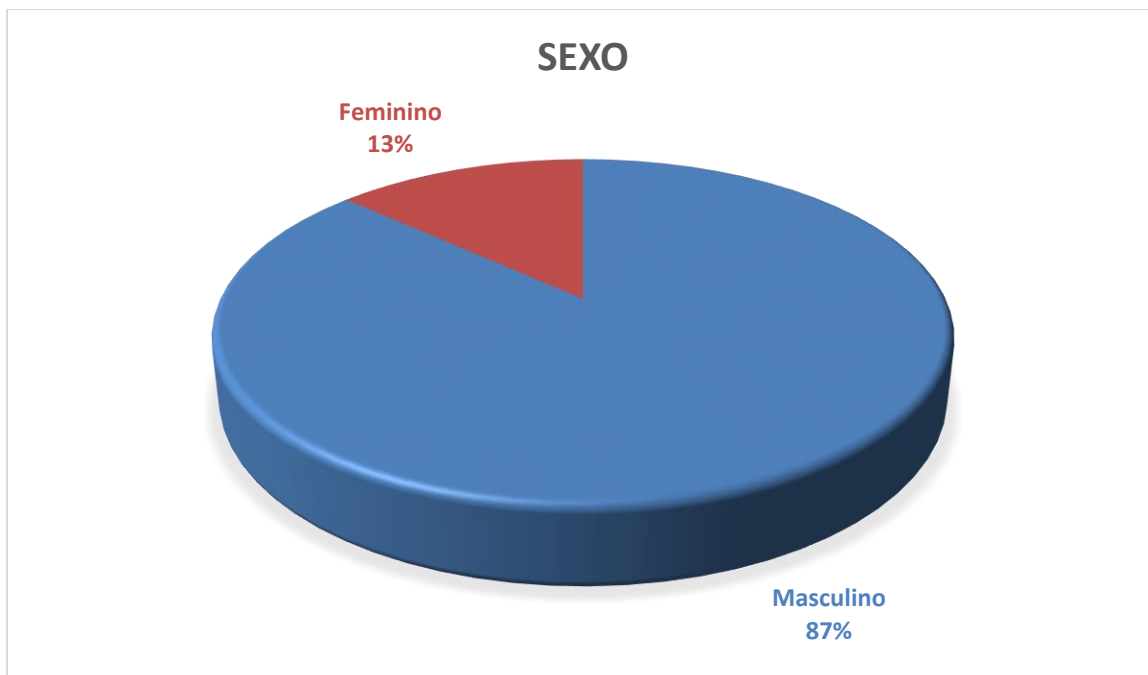


Gráfico 1- Sexo dos pacientes

Dos pacientes acompanhados nessa pesquisa, 3.33% lesões axonais difusas, 33.33% hematomas, 20% lacerações, 13.33% fraturas cranianas com afundamento, 30% hemorragias parenquimatosas e presença de corpos estranhos, todos com esse evento como o insulto inicial que levou as crises epileptogênicas (Gráfico 2). Sendo que os eventos classificados com TCE grave, foram o que mais (70%) apresentaram eventos epilépticos recorrentes.



As crises epilépticas pós-traumáticas investigadas são um problema clínico, de elevada morbidade, muitas vezes incapacitantes. Os pacientes abordados foram na maioria das vezes,

fármacos-resistentes aos agentes anticonvulsivantes atuais e não são bons candidatos à neurocirurgia. Sendo que estudos aleatórios que abordam a eficácia dos agentes anticonvulsivantes na prevenção das crises epilépticas tardias pós-traumáticas mostram a ineficácia desses fármacos. Algumas razões para esse fracasso podem incluir o uso de uma dose subterapêutica, o momento do início e a duração do tratamento, que ainda não estão bem definidos na literatura, e no entanto esses resultados foram consistentes com o apresentado na pesquisa. Falta ainda estudos para elucidar um conhecimento ainda insuficiente sobre a fisiopatologia dessa doença ou ainda, a ausência de componentes intrínsecos antiepiléticos de alguns agentes testados. Dentre os fármacos que se dispõem atualmente, apenas se tem sucesso no controle das crises epilépticas consideradas precoces, isto é, aquelas que ocorrem dentro da primeira semana após o TCE, mas para as crises persistentes a esse evento, o tratamento é de difícil controle, o que foi observado em 85% dos pacientes analisados nesse trabalho.

7. Discussão

O parecer do comitê de ética foi liberado no final de maio, no calendário do projeto o início deveria ser em agosto, esse período foi usado para fazer uma ambientação no ambulatório e informar aos residentes e preceptores da neurologia e neurocirurgia sobre a pesquisa, de modo a não atrapalhar o rendimento do serviço. Entre agosto e setembro apenas um paciente concordou em participar da pesquisa, o mês de outubro foi recesso no calendário acadêmico o que prejudicou a coleta, apenas três pacientes foram coletados nesse período. De novembro a dezembro o ambulatório teve uma diminuição no número de pacientes devido a festividades e férias de alguns funcionários, foram coletados apenas dois pacientes nesse período de tempo. Em janeiro ocorreu paralização do atendimento no ambulatório de segunda-feira (dia específico para o acompanhamento de pacientes com eventos epilépticos). Em fevereiro foram coletados os outros dois pacientes.

A demanda de pacientes é compatível com o planejado, embora alguns eventos prejudiquem a coleta e muitos dos pacientes abordados não preenchem os critérios de inclusão. Dessa forma, fica a necessidade de em futuras pesquisas ocorrer uma modificação nos critérios de inclusão para ser alcançado um grupo de pesquisa mais significativo.

Os resultados coletados dos pacientes são compatíveis com o esperado e com a literatura apresentada, tendo algumas pequenas variações devido ao atendimento do serviço, mas o número coletado ainda não apresenta análise estatística significante.

8. Cronograma de execução

Nº	Descrição	Ago 2013	Set	Out	Nov	Dez	Jan 2014	Fev	Mar	Abri	Mai	Jun	Jul
01	Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
02	Pré-seleção dos pacientes	X	X	X	X	X	X						
03	Ambientação do projeto	X	X	X	X	X							
04	Coleta do TCLE	X	X	X	X	X	X						
05	Aplicação dos questionários	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
06	Análise estatística		X	X		X	X		X	X	X	X	
07	Apresentação parcial						X	X					
08	Elaboração do Resumo e Relatório Final										X	X	X
09	Preparação da Apresentação Final para o Congresso										X	X	X

9. Referências Bibliográficas

1. D'Ambrosio R, Perucca E. Epilepsy after head injury. *Curr Opin Neurol* 2004;17(6):731-5.
2. Jensen FE. Introduction Posttraumatic epilepsy: treatable epileptogenesis. *Epilepsia* 2009;50(Suppl 2):1-3.
3. Kurtzke JF. The current neurologic burden of illness and injury in the United States. *Neurology* 1982;32:1207-1214.
4. Rigatti M, Trevisol-Bittencourt PC. Causas de epilepsia tardia em uma clínica de epilepsia do Estado de Santa Catarina. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57:787-792.
5. Agrawal A, Timothy J, Pandit L, Manju M. Post-traumatic epilepsy: an overview. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006; 108:433-9.
6. Temkin NR, Jarell AD, Anderson GD. Antiepileptogenic agents: how close are we? *Drugs* 2001;61(8):1045-55.
7. Garga N, Lowenstein DH. Posttraumatic epilepsy: a major problem in desperate need of major advances. *Epilepsy Curr* 2006;6(1):1-5.
8. Raghavendra Rao VL, Dhodda VK, Song G, et al. Traumatic brain injury-induced acute gene expression changes in rat cerebral cortex identified by GeneChip analysis. *J Neurosci Res* 2003;71(2):208-19.
9. Dudek FE, Sutula TP. Epileptogenesis in the dentate gyrus: a critical perspective. *Prog Brain Res* 2007;163:755-73.
10. Jin X, Prince DA, Huguenard JR. Enhanced excitatory synaptic connectivity in layer v pyramidal neurons of chronically injured epileptogenic neocortex in rats. *J Neurosci* 2006;26(18):4891-900.
11. Huberfeld G, Wittner L, Clemenceau S, et al. Perturbed chloride homeostasis and GABAergic signaling in human temporal lobe epilepsy. *J Neurosci* 2007;27(37):9866-73.
12. Lowenstein DH. Epilepsy after head injury: an overview. *Epilepsia* 2009;50(Suppl 2):4-9.
13. Salazar AM, Jabbari B, Vance SC, et al. Epilepsy after penetrating head injury. I. Clinical correlates: a report of the Vietnam Head Injury Study. *Neurology* 1985;35(10): 1406-14.
14. D'Ambrosio R, Fender JS, Fairbanks JP, et al. Progression from frontal-parietal to mesial-temporal epilepsy after fluid percussion injury in the rat. *Brain* 2005;128(Pt 1):174-88.
15. Prince DA, Parada I, Scalise K, et al. Epilepsy following cortical injury: cellular and molecular mechanisms as targets for potential prophylaxis. *Epilepsia* 2009;50(Suppl 2):30-40.
16. Halliday AL. Pathophysiology. In: Marion DW, (editor). *Traumatic brain injury*. New York: Thieme Medical Publishers; 1999. p. 29-38.

10. Anexos

Anexo A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Avaliação clínica e terapêutica de eventos epilêpticos pós Trauma Cranioencefálico em pacientes acompanhados no Ambulatório Araújo Lima no período de 2013 a 2014” sob a responsabilidade do pesquisador Massanobu Takatani, a qual pretende Analisar a história clínica e epidemiológica dos pacientes com crises epilêpticas pós TCE.

Sua participação é voluntária e dá-se-á por meio da realização de um questionário que constará com critérios específicos. Os testes são o mini exame do estado mental (MEEM) e a ficha de coleta de dados que permitirão analisar os benefícios do tratamento da epilepsia e consequentemente sua evolução clínica até chegar ao controle da doença de uma forma eficiente, rápida e segura.

Esta pesquisa tem caráter de levantamento de dados clínicos e registro para futuros tratamentos. Você não será submetido a qualquer tratamento invasivo ou cirúrgico, específico para doença epilêptica, durante ou devido, sua participação neste estudo. Por este motivo esta pesquisa não apresenta riscos físicos que possam piorar ou agravar sua condição. Do mesmo modo não será utilizado droga ou medicamento diferente do que você já faz uso ou fora do protocolo para o tratamento da epilepsia, portanto não iniciaremos ou testaremos novas terapêuticas nesta pesquisa.

Se você aceitar participar estará contribuindo para sociedade para adquirir melhor conhecimento da evolução desse quadro de epilepsia pós-TCE.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço rua Afonso Pena n.1053, pelo telefone (92) 99872079 , ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

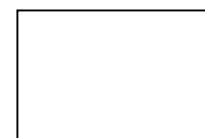
Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data ___/___/___

Pesquisador Responsável
Dr. Massanobu Takatani
(CRM-AM 2334)



Impressão do polegar
Caso não saiba assinar

Anexo B

Mini Exame do Estado Mental - MEEM

Orientação

1. Em que dia da semana estamos? (1 ponto)
2. Em que dia do mês estamos? (1 ponto)
3. Em que mês estamos? (1 ponto)
4. Em qual estação do ano estamos? (1 ponto)
5. Em que ano estamos? (1 ponto)
6. Onde estamos aqui? Que hospital? (1 ponto)
7. Em que andar estamos? (1 ponto)
8. Em que cidade estamos? (1 ponto)
9. Em que estado? (1 ponto)
10. Em qual país? (1 ponto)

Registro de dados

Repita as palavras (1 ponto)

Repetir três vezes as palavras (2 pontos)

Atenção e Cálculo

Subtraia 7 de 100 (1 ponto)

Do resultado, subtraia 7 de novo e assim por diante quatro vezes (4 pontos)

Memória

Você se lembra das três palavras que falamos ainda há pouco? (3 pontos, sendo 1 para cada uma)

Linguagem

O que é isso? Mostrar um lápis (1 ponto)

O que é isso? Mostrar um relógio (1 ponto)

Repita “nem sim, nem e, nem mas” (1 ponto)

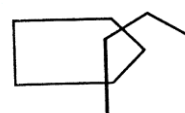
Realize as três ordens: tome esta folha de papel, dobre-a e coloque-a no chão (3 pontos, um por comando realizado corretamente)

Leia e faça o que está escrito “Feche os olhos” (1 ponto)

Escreva uma frase nesta folha de papel (1 ponto)

Atividade Motora

Copie este desenho (1 ponto)



Apêndice A

FICHA DE DADOS- Epilepsia pós-TCE																					
Identificação: _____ idade: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N° do prontuário: _____																					
História Familiar																					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																					
<input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Outros: _____																					
História Pessoal																					
1. Co-morbidades:																					
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> outros _____																					
2. Unidade de saúde: _____																					
3. Município: _____ UF: _____																					
História da doença pregressa																					
4. Data do trauma: _____																					
5. Tratamento feito após o trauma _____																					
História da doença atual																					
6. Início das crises _____																					
7. Medicação usada para as crises																					
<table border="1"><thead><tr><th>Medicação</th><th>dose</th><th>início</th><th>retirada</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>		Medicação	dose	início	retirada																
Medicação	dose	início	retirada																		
8. Tempo de duração das crises _____																					
9. Tipo de crises: _____																					
10. Frequência das crises																					
<input type="checkbox"/> 1 vez por mês <input type="checkbox"/> 1 vez por dia <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> mais de 1 vez por dia <input type="checkbox"/> mais de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> outro																					
11. Fez EEG																					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																					
12. Resultado EEG																					
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>																					