

CARNET DE CONTROL DE CRISIS

Nombre del paciente:

Nombre del médico:

Diagnóstico:

MEDICAMENTO	DOSIS	FECHA DE INICIO

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Evitar y controlar los factores desencadenantes
Estrés, Uso frecuente de dispositivos como TV, celulares, tabletas
Insomnio-desvelo , Evitar uso de video-juegos por más de una hora.
Consumo de alcohol
Fiebre-Procesos infecciosos
2. Realizar actividades físicas bajo supervisión y evitar agotamiento extremo
3. No abandonar o cambiar tratamiento prescrito por el médico y seguir las indicaciones respecto a los horarios.
4. Recordar llevar el calendario de control de crisis

RECOMENDACIONES DE COMO ACTUAR FRENTE A UNA CRISIS EPILEPTICA.

1. Conservar la calma y no dejar sólo al niño o al adulto que sufre una crisis epiléptica.
2. Crear un espacio seguro y protegerlo de lesiones en cabeza colocando algo acolchonado debajo de la misma o realizar una sujeción para evitar lesiones.
3. Asegurar una libre oxigenación (aflojar camisa, corbata en caso de portarla)
4. Colocar la cabeza ligeramente de lado (evitando salivación excesiva)
5. No colocar ningún objeto en la boca (cucharas, calcetines, abatelenguas, etc.)
No meter la mano en la boca del paciente
No administrar medicamentos orales durante o posterior a la crisis
6. Acompañar a la persona hasta su reincorporación. La mayoría de las crisis duran de 2 a 5 minutos. Si la crisis se prolonga por mas de 5 minutos es importante llamar a urgencias o llevarlo al servicio de urgencias mas cercano.
7. Describir las características de la crisis epiléptica (duración, tipo de movimientos con la cara y extremidades)

MES: _____ Año ____

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL		
Mañana																																		
Tarde																																		
Noche																																		
Total																																		

MES: _____ AÑO ____

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL		
Mañana																																		
Tarde																																		
Noche																																		
Total																																		

MES: _____ Año ____

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL		
Mañana																																		
Tarde																																		
Noche																																		
Total																																		

MES: _____ Año ____

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL		
Mañana																																		
Tarde																																		
Noche																																		
Total																																		

MES: _____ Año ____

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL		
Mañana																																		
Tarde																																		
Noche																																		
Total																																		

MES: _____ Año ____

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL		
Mañana																																		
Tarde																																		
Noche																																		
Total																																		