

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

## ПРОЕКТ

КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ № \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

1. ФИО пациента \_\_\_\_\_

2. Дата рождения (возраст на момент обследования) \_\_\_\_\_

3. Адрес, телефон \_\_\_\_\_

4. Диагноз

основной: \_\_\_\_\_

сопутствующий: \_\_\_\_\_

5. Анамнез жизни

число беременностей матери \_\_\_\_\_, число родов нормальных \_\_\_\_\_

течение беременности данным ребенком:

без патологии \_\_\_\_\_, другое \_\_\_\_\_

течение родов:

самостоятельные \_\_\_\_\_, кесарево сечение \_\_\_\_\_, другое \_\_\_\_\_

Ребенок при рождении: вес \_\_\_\_\_, рост \_\_\_\_\_, Апгар \_\_\_\_\_ баллов

Раннее развитие: сел в \_\_\_\_\_ мес, пошел в \_\_\_\_\_ года, отдельные слова в \_\_\_\_\_ года, фразы в \_\_\_\_\_ года.

6. Жалобы на момент заполнения карты \_\_\_\_\_

7. Анамнез болезни

Первый приступ:

дата (возраст) появления \_\_\_\_\_

характер приступа:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> генерализованный   | <input type="checkbox"/> фокальный                  |  |
| <input type="checkbox"/> тонико-клонический | <input type="checkbox"/> лобный                     | <input type="checkbox"/> височный      |
| <input type="checkbox"/> миоклонический     | <input type="checkbox"/> теменной                   | <input type="checkbox"/> затылочный    |
| <input type="checkbox"/> абсансный          | <input type="checkbox"/> правосторонний             | <input type="checkbox"/> левосторонний |
|   | <input type="checkbox"/> с вторичной генерализацией |  |
| <input type="checkbox"/> единичный          | <input type="checkbox"/> серия                      |  |

Повторные приступы: частота \_\_\_\_\_

характер приступа:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> такие же           |   |  |
| <input type="checkbox"/> генерализованный   | <input type="checkbox"/> фокальный                  |  |
| <input type="checkbox"/> тонико-клонический | <input type="checkbox"/> лобный                     | <input type="checkbox"/> височный      |
| <input type="checkbox"/> миоклонический     | <input type="checkbox"/> теменной                   | <input type="checkbox"/> затылочный    |
| <input type="checkbox"/> абсансный          | <input type="checkbox"/> правосторонний             | <input type="checkbox"/> левосторонний |
|   | <input type="checkbox"/> с вторичной генерализацией |  |
| <input type="checkbox"/> единичный          | <input type="checkbox"/> серия                      |  |

дополнение \_\_\_\_\_

8. Влияние проводимой терапии на частоту и характер приступов

Название препарата	Доза	Дата начала/отмены	Частота приступов	Характер приступов

Проводимая противоэпилептическая терапия.

Название препарата	Доза (min-max)	Дата начала приема	Дата окончания приема	Причины отмены

Концентрация препарата в крови \_\_\_\_\_

**9. Другие принимаемые препараты (кроме ПЭП)**

Название препарата	Доза (min-max)	Дата начала приема	Дата окончания приема	Причины отмены

**10. Данные осмотра**

Соматический статус

Рост \_\_\_\_\_ вес \_\_\_\_\_ А/Д \_\_\_\_\_ ЧСС \_\_\_\_\_

Состояние кожи \_\_\_\_\_ Состояние ЖКТ \_\_\_\_\_

Состояние дыхательной системы \_\_\_\_\_

Неврологический статус

- сознание не нарушено
- сознание изменено \_\_\_\_\_
- умственное развитие по возрасту
- отставание умственного развития \_\_\_\_\_
- черепные нервы без патологии
- нарушение черепных нервов \_\_\_\_\_
- тонус нормальный
- гипотония:  справа  слева  руки  ноги
- гипертония:  справа  слева  руки  ноги
- рефлексы нормальные
- рефлексы повышены:  справа  слева  руки  ноги
- рефлексы снижены:  справа  слева  руки  ноги
- мышечная сила нормальная
- снижена:  справа  слева  руки  ноги
- координаторные пробы без особенностей
- координаторные пробы с патологией \_\_\_\_\_
- патологические рефлексы отсутствуют
- выявлены патологические рефлексы \_\_\_\_\_

**11. Клинический анализ крови**

Лейкоциты	Гемоглобин	Эритроциты	Тромбоциты	ЦП	СОЭ

Нейтрофилы п/я	Нейтрофилы с/я	Эозинофилы	Базофилы	Лифоциты	Моноциты

## 12. Биохимический анализ крови

Глюкоза	Мочевина	Креатинин	Холестерин	Билирубин	АЛТ	АСТ	Щ.Ф.

Натрий	Калий	Кальций	Кальций+	Магний

## 13. Анализ мочи

Цвет	Прозр	Плот	Реакция	Белок	Глю	Эпит	Лейк	Эрит	Соли

## 14. ЭКГ

 без патологии нарушение работы сердца \_\_\_\_\_

## 15. ЭЭГ

ЭЭГ до начала лечения

 соответствует норме диффузные изменения биоэлектрической активности  легкие  умеренные  выраженные отставание формирования базового ритма эпилептиформная активность генерализованная эпилептиформная активность фокальная: лобная  височная  теменная  затылочная  правосторонний  левосторонний с вторичной генерализацией  зафиксирован приступ \_\_\_\_\_

ЭЭГ в динамике

 соответствует норме без динамики снижение представленности эпилептиформной активности:  более, чем на 50%  менее, чем на 50%

## 16. Другие обследования (в случае наличия данных)

МРТ (КТ) головного мозга

 соответствует норме патология \_\_\_\_\_

НСГ

 соответствует норме патология \_\_\_\_\_

Осмотр специалистов

---



---



---



---



---



---



---

**17. Нежелательные явления**

Описание нежелательного явления

---

---

---

Дата появления \_\_\_\_\_

Интенсивность  слабая,  средняя,  выраженная

**Производимые действия:**

по отношению к проводимому противоэпилептическому лечению \_\_\_\_\_

---

по отношению к лечению другими препаратами \_\_\_\_\_

---

по отношению к пациенту \_\_\_\_\_

---

**Исход**

исчезновение, дата \_\_\_\_\_

остается,

неизвестно

**Взаимосвязь с проводимой терапией**

нет

течение основного заболевания

сомнительная

обострение сопутствующего заболевания

возможная

другое \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

**18. Сопутствующие заболевания**

№	Диагноз	Дата появления	Дата окончания	Проводилось ли лечение*
1				
2				
3				

\*если «да», то заполняется таблица 1

Таблица 1

Лекарственная терапия сопутствующих заболеваний

№	Название препарата	Доза препарата	Дата начала приема	Дата окончания приема
1				
2				
3				