



## 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 \_\_\_\_\_