



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 : \_\_\_\_\_