



Questionário Médico para Monitorização dos Pacientes Portadores de Epilepsia
Este documento deverá ser preenchido pelo médico solicitante na:
RENOVAÇÃO DO PROCESSO (SEMESTRALMENTE).

1. Dados sobre o paciente:

Nome do Paciente: _____

Idade: _____.

2. Informar o esquema terapêutico atual e doses dos medicamentos em uso:

4. Informar sobre a frequência das crises nos ÚLTIMOS 03 (TRÊS) MESES DE TRATAMENTO:

5. Efeitos colaterais/ Reações adversas dos fármacos apresentados pelo paciente NOS ÚLTIMOS 6 (SEIS) MESES:

Fármaco	Posologia utilizada	Efeitos colaterais/Reações adversas constatadas.

6. Outras considerações:

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico solicitante