

Soal Selidik Epilepsi – Pakar Perubatan***Epilepsy Questionnaire - Attending Physician***

No. Permohonan:

Application No.:

Tarikh:

Date:

Nama Penuh:

Full Name:

- 1) a. Bilakah pesakit pertama kali mengalami epilepsi/fit?/ *When did the patient first experience epilepsy/fit?*

- b. Bilakah pesakit pertama kali diperiksa di klinik/hospital tuan disebabkan epilepsi/fit? Sila jelaskan keadaan pesakit pada masa itu./ *When was the patient's first consultation for epilepsy/fit at your clinic/hospital? Please describe the patient's condition at that moment.*

Tarikh/ <i>Date</i>	Penjelasan/ <i>Description</i>

- c. Apakah jenis epilepsi yang didiagnosakan pada masa itu? (Misalnya, grand mal, myoclonic seizures, petit mal, idiopathic, simple/complex focal seizure, febrile convulsion dan sebagainya) Sila nyatakan diagnosis penuh./ *What type of epilepsy was diagnosed at that moment? (eg. grand mal, myoclonic seizures, petit mal, idiopathic, simple/complex focal seizure, febrile convulsion and etc). Please state the full diagnosis.*

- 2) a. Berapakah kerap pesakit tersebut mengalami episod epilepsi/fit dalam setahun secara purata? *How frequent did the patient experience epilepsy/fit episode(s) in a year in average?*

- b. Nyatakan tarikh bagi serangan/episod yang terakhir./ *State the date for last attack/episode.*

- c. Pernahkah pesakit mengalami sebarang episod status epilepticus? Jika YA, sila nyatakan tarikh./ *Have he/she experienced any status epilepticus episode(s)? If YES, please indicate the date(s).*

- 3) a. Sila berikan semua tarikh dan keputusan bagi sebarang siasatan yang pernah dijalankan ke atas pesakit. (Misalnya, elektroensefalogram (EEG), imbasan CT, MRI dan sebagainya)/ *Please state all the dates and results for all the investigations done on patient. (Eg. Electroencephalogram, CT scan, MRI and etc)*

Tarikh/ Dates	Siasatan/ Investigation	Keputusan/ Results

- b. Sila nyatakan semua rawatan, ubat-ubatan dan dos yang pernah diberikan untuk mengawal epilepsi/fit dan penyakit lain (jika ada)/ *Please state all the treatments, medications and their dosages given to control his/her epilepsy/fit and other disease(s) (if any).*

Tarikh/ Dates	Rawatan/ Treatments

- 4) a. Adakah pesakit mengikut rawatan dan rundingan susulan yang ditetapkan?/ *Is the patient compliant with his/her treatment and follow-up consultation?*

- b. Nyatakan tarikh bagi rawatan dan rundingan susulan terakhir pesakit./ *State the date of the patient's last treatment and follow-up consultation.*

- c. Adakah keadaan epilepsi/fit pesakit terkawal? Sila berikan penerangan./ *Is his/her epilepsy/fit condition controlled well? Please provide details.*

- 5) Sila berikan ulasan tentang apa-apa faktor sampingan lain yang boleh mempengaruhi prognosis epilepsi/fit pesakit. Misalnya, epilepsi sekunder, ketidakupayaan intelektual, politerapi, alkoholism, perubahan personaliti/mentaliti, gangguan neurologikal, aspek pekerjaan dan sebagainya./ *Please comment on any other adverse factor(s) which may influence the patient's epileptic prognosis, e.g. secondary to other disease, intellectual disability, polytherapy, alcoholism, personality/mentality changes, neurological deficits occupational aspect and etc.*

- 6) Sila sertakan semua laporan perubatan, laporan discaj, keputusan penyiasatan, laporan pengimejan/imbasan dan laporan rundingan susulan yang berkaitan dengan keadaan epilepsi/fitnya (jika ada). / *Please attach all the medical reports, discharge summary reports, investigation results, imaging reports and follow-up consultation reports pertaining to his/her epilepsylfit condition (if any).*
-

Tandatangan Pakar Perubatan:
Signature of Physician:

Tarikh:
Date:

Sila tambahkan cop klinik
Please add clinic stamp