

Registro de observación de crisis

El *Registro de Observación de crisis* provee una herramienta guiada, con formato detallado para realizar un seguimiento de las crisis de una persona. Este formulario puede ser utilizado por cualquier observador, incluyendo a los padres, familiares, cuidadores, maestros, entrenadores, etc.

	Crisis #1		Crisis #2		Crisis #3	
Nombre:						
Día y hora:						
OBSERVACIÓN PREVIA A LA CRISIS:						
Enliste y describa los comportamientos, factores desencadenantes, actividades, etc.						
Despierto al empezar la convulsión (<i>sí/no/alterado</i>)						
Lesiones sufridas durante la convulsión: (<i>describir brevemente</i>)						
SENSACIONES EXPERIMENTADAS POR LA PERSONA:	Por favor circule Si o No					
Sensación de que algo ya ha ocurrido	Si	No	Si	No	Si	No
Sabor "raro" en la boca	Si	No	Si	No	Si	No
Sensación "rara" en el estómago	Si	No	Si	No	Si	No
Cambios en la visión (borrosa, etc.)	Si	No	Si	No	Si	No
Cambios en la audición	Si	No	Si	No	Si	No
Olores extraños o sorprendentes	Si	No	Si	No	Si	No
TONO MUSCULAR/MOVIMIENTOS CORPORALES:	Por favor circule Si o No					
Rigidez/Apretado	Si	No	Si	No	Si	No
Sin fuerza	Si	No	Si	No	Si	No
Caerse	Si	No	Si	No	Si	No
Mercerse	Si	No	Si	No	Si	No
Andar sin rumbo/deambular	Si	No	Si	No	Si	No
Sacudida en todo el cuerpo	Si	No	Si	No	Si	No
MOVIMIENTOS DE LAS EXTREMIDADES:	Por favor circule Si o No					
Sacudida del brazo derecho	Si	No	Si	No	Si	No
Sacudida del brazo izquierdo	Si	No	Si	No	Si	No
Sacudida de la pierna derecha	Si	No	Si	No	Si	No
Sacudida de la pierna izquierda	Si	No	Si	No	Si	No
Movimientos al azar de brazos/piernas	Si	No	Si	No	Si	No

(continúe a la próxima página)

Registro de observación de crisis

(continuación de la página anterior)

	Crisis #1		Crisis #2		Crisis #3	
Nombre:						
Día y hora:						
COLOR:	Por favor circule Si o No					
Azulado	Si	No	Si	No	Si	No
Pálido	Si	No	Si	No	Si	No
Enrojecido	Si	No	Si	No	Si	No
OJOS:	Por favor circule Si o No					
Pupilas dilatadas	Si	No	Si	No	Si	No
Volteados (hacia a la derecha o hacia la izquierda)	Si	No	Si	No	Si	No
Volteados hacia arriba/no visibles	Si	No	Si	No	Si	No
Mirada fija o parpadeo	Si	No	Si	No	Si	No
Cerrados	Si	No	Si	No	Si	No
BOCA:	Por favor circule Si o No					
Salivación	Si	No	Si	No	Si	No
Masticación	Si	No	Si	No	Si	No
Relamerse los labios	Si	No	Si	No	Si	No
OTROS SÍNTOMAS (POR FAVOR DESCRIBA):						
Sonidos verbales: (ahogarse, hablar, carraspear, etc.)						
Respiración: (Normal, intensa, detenida, ruidosa, etc.)						
Incontinencia: (Orina o materia fecal)						
OBSERVACIÓN DESPUÉS DE LA CRISIS:	Por favor circule Si o No					
Confuso	Si	No	Si	No	Si	No
Soñoliento/Cansado	Si	No	Si	No	Si	No
Con dolor de cabeza	Si	No	Si	No	Si	No
Arrastra las palabras	Si	No	Si	No	Si	No
Otro (por favor describa)						
¿Duración de la crisis?						
¿Tiempo para recobrar la consciencia?						
¿Se notificó a los padres? (Hora de la llamada)						
¿Se llamó a la ambulancia? (Hora de la llamada, hora al llegar)						

Nombre del observante:

COMENTARIOS ADICIONALES: