

Questionnaire confirmation épilepsie

NOM de l'enquêteur: _____

DATE : |_____/_____/_____|

Neurologue

Identifiant : |_____/_____/_____|

1. Renseignements généraux

- 1.1. Le répondant est-il le participant lui-même ? OUI NON
Si NON, quelle est la relation entre le participant et le répondant ? _____
- 1.2. Un traducteur a-t-il été nécessaire ? OUI NON
- 1.3. Depuis quand le participant vit-il dans le village? < 1 an > 1an Ne sait pas
Si plus de 1 an, nombre d'années : _____ années
Si la personne vivait avant dans un autre village, lequel? _____

2. Caractéristiques socio-démographiques

- 2.1. Age : _____
- 2.2. Sexe : M F
- 2.3. Poids (kg): _____, ____ kg
- 2.4. Taille (cm) : _____ cm
- 2.5. Niveau scolaire : Aucun Primaire Secondaire Supérieur
- 2.6. Activité principale du participant: aucune si enfant agriculture pêche chasse
- 2.7. élevage commerce artisan autre, spécifier : _____

3. Notion de la prise de Mectizan

- 3.1. Est-ce que le participant a déjà pris Mectizan (par voie orale) Oui Non NSP
Si oui, combien de fois? _____ nombre de fois
- 3.2. Est-ce que le participant a déjà pris Mectizan (par voie orale) avant le début de l'épilepsie ?
 OUI NON Ne sait pas
- 3.3. Au cours de ces deux dernières années, le participant a-t-il pris du Mectizan ? OUI NON
- 3.4. Quand le participant a-t-il pris la dernière fois Mectizan? Année 20____ Mois _____

4. Antécédents concernant la naissance/enfance du participant enquêté

- 4.1. La mère présente pour répondre aux questions ? Oui Non
- 4.2. Lieu de naissance du participant enquêté ?
 Domicile Centre de Santé Hôpital Autre NSP
- 4.3. Accouchement : normal accouchement difficile/ventouse/forceps par césarienne
- 4.4. Le participant enquêté est-il né prématuré ? Oui Non NSP
- 4.5. Est-ce que l'enfant a crié à la naissance Oui Non NSP
- 4.6. Age de début des symptômes de l'épilepsie : _____
- 4.7. Est-ce qu'avant l'épilepsie, le participant a souffert de :
 traumatisme crânien? encéphalite/méningite? neuro-paludisme?
 rougeole maladie du sommeil ? autre maladie grave NSP
- 4.8. si autre maladie, spécifier _____

- 4.9. Convulsions fébriles dans l'enfance (0-10ans). OUI NON NSP
Si oui, à quel âge les convulsions fébriles ont débuté ? _____

5. Caractéristiques des crises épileptiques

- 5.1. Perte de connaissance et/ou convulsions?

- Jamais Une fois Deux fois ou plus NSP
- 5.2. Perte(s) de connaissance avec perte(s) d'urine ?
 OUI NON NSP
- 5.3. Perte(s) de connaissance avec émission de bave et/ou morsure de langue?
 OUI NON NSP
- 5.4. Absence(s) ou perte(s) de contact brève avec l'entourage (participant ne répond pas, de début brutal et de durée brève)?
 OUI NON Ne sait pas
- 5.5. Épisodes de hochement de tête (HT) ?
 OUI NON NE SAIT PAS
- 5.6. A quel âge les hochements de tête ont-ils commencé ? _____
- 5.7. Est-ce que la personne présente toujours de hochements de tête ?
 Oui Non NSP
 Si non, depuis quel âge les hochements de tête ont-ils disparu? _____
 Préciser la cause de la disparition du HT : spontanément traitement antiépileptique NSP
 Spécifier le traitement : _____
- 5.8. Secousses ou mouvements anormaux incontrôlables d'un ou des membres (convulsions, de début soudain et
 5.9. d'une durée de quelques minutes) ?
 Oui Non NSP
- 5.10. Apparition brutale et de durée brève de sensations corporelles étranges, d'hallucinations ou d'illusions
 5.11. visuelles, auditives ou olfactives?
 Oui Non NSP
- 5.12. Estimation de la durée de la crise : _____ minutes

6. Antécédents de crises d'épilepsie

- 6.1. A-t-on déjà dit à la personne qu'elle était épileptique ou qu'il avait déjà fait des crises d'épilepsie ?
 Oui Non NSP
- 6.2. Le participant a-t-il présenté une crise dans les 5 dernières années ? Oui Non NSP
- 6.3. Le participant a-t-il présenté une crise la dernière année Oui Non NSP
- 6.4. Le participant a-t-il présenté une crise le dernier mois Oui Non NSP
- 6.5. Combien de crises d'épilepsie le participant a-t-il présenté par an? _____ fois/an.
 Si le participant à présente :
 plus de 12 crises d'épilepsie par an, alors, préciser le nombre de crise par mois : _____ fois/mois
 plus de 30 crises d'épilepsie par mois, alors, préciser le nombre de crise par jour : _____ fois/jour

7. Type d'épilepsie

- 7.1. Crises généralisées : OUI NON
 Si oui, tonico-cloniques atoniques autre, spécifier _____
- 7.2. Absences OUI NON
- 7.3. Crises avec début focale sans de perte de connaissance: Oui Non
 Si oui, motrices sensorielles
- 7.4. Crises avec début focal avec perte de connaissance : Oui Non
 Si oui : motrices sensorielles
- 7.5. Crise avec début focal secondairement bilatéralement tonico-clonique : Oui Non
- 7.6. Hochement de tête (avec/sans altération de l'état de conscience) Oui Non NSP
 Si oui, est-ce que durant le hochement la personne :
 ne répond pas aux questions arrête de manger tombe/convulse reste lucide
- 7.7. Quel facteur peut déclencher la crise (hochement de tête ou autre forme d'épilepsie)?
 (plusieurs réponses possibles) : pas de facteur spécifique surtout au réveille la nuit le
 froid
 le repas les orages Ne sait pas autre, à
 spécifier: _____

8. Développement psycho-moteur du participant (comparativement aux enfants du même âge)

8.1. AVANT le début de l'épilepsie ?

8.1.1. Capacité de marcher ? tôt même âge plus tard nsp8.1.2. Capacité de parler avec des phrases ? tôt même âge plus tard nsp8.1.3. Est-ce que l'enfant a grandi plus vite normalement moins vite nsp

8.2. APRES début de l'épilepsie ?

8.2.1. Capacité de marcher ? tôt même âge plus tard nsp8.2.2. Capacité de parler avec des phrases ? tôt même âge plus tard nsp8.2.3. Est-ce que l'enfant a grandi plus vite normalement moins vite nsp8.3. Est-ce que durant l'année précédant la première crise d'épilepsie la personne présentait déjà une régression des acquisitions psycho-motrices? Oui Non nsp

Si oui, spécifier : _____

9. Traitements

9.1. Prenez-vous des médicaments MODERNES contre l'épilepsie?

 Jamais De façon irrégulière Après chaque crise Continuellement.

Si prise d'antiépileptiques modernes, précisez lesquels? _____

9.2. Prenez-vous des médicaments TRADITIONNELS contre l'épilepsie?

 Jamais De façon irrégulière Après chaque crise Continuellement.**10. Antécédent familiaux**10.1. Est-ce qu'il y a d'autres personnes avec épilepsie dans la famille Oui Non nspSi oui, préciser : père mère frère ou sœur : précisez le nombre : _____10.2. Le participant enquêté a-t-il un jumeau ou une jumelle identique ? Oui Non nsp10.3. Si oui, est-ce que le jumeau souffre d'épilepsie ? OUI NON nsp**11. Examen clinique**11.1. État général Bon modérément altéré mauvais11.2. Vision normale OUI NON11.3. Œil vitreux OUI NON11.4. Aveugle? Un œil 2 yeux NON

11.5. Nombre de cicatrices de brûlures _____

11.6. Rétractions dues aux brûlures OUI NON11.7. Lésions traumatiques dus aux crises OUI NON

11.8. Nombre de lésions traumatiques du a aux crises _____

11.9. Papules prurigineuses OUI NON11.10. Peau de léopard OUI NON11.11. Peau de lézard OUI NON11.12. Démangeaisons / prurit OUI NON11.13. Peau normale OUI NON11.14. Nodules sous cutanés palpables OUI NON11.15. Lymphoedeme oui non11.16. Candidose buccale oui non11.17. Signes de morsures de langue oui non11.18. Ganglions cervicaux anormaux (>1cm) oui non11.19. Adolescent/adulte qui ressemble a un enfant oui non11.20. Déformation corporelle: thoracique colonne vertébrale visage si déformations, spécifier : _____**12. Examen neurologique**

12.1. Conscience normale altérée
12.2. Trouble mental ? Oui Non

Si oui, préciser l'importance :

- Peu important (ne dérange pas les activités)
 Modérément important (dérange les activités mais encore actif)
 Important (empêche d'exercer les activités habituelles)

12.3. Est-ce que avant le développement de l'épilepsie la personne présentait déjà, ces troubles mentaux Oui
 Non

12.4. Si oui, préciser _____

12.5. La marche est-elle normale ?

- Oui base élargie spastique hémiplégique

12.6. Faiblesse musculaire ? Non généralisée localisée

12.7. Paralyse? Non Oui, spécifier _____

12.8. Contractures ? Non Oui

12.9. Conclusion examen neurologique : Normal Anormal, spécifier _____

13. Diagnostic

- Epilepsie, sans hochement de tête Syndrome du hochement de tête
 Hochement de tête et autre forme d'épilepsie Non-épileptique
 Autre diagnostic à spécifier : _____

PRELEVEMENTS / TESTS

14. Test biologique

Résultat du test OV16 : Négatif Positif pas fait

Signature MD/personnel santé

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|