

Dotazník pro pacienty se záchvatovým onemocněním

Jméno:	Datum narození:
Datum vyplnění:	Telefon:

Instrukce: Prosíme, projděte pečlivě celý dotazník po obou stranách a pokuste se odpovědět na všechny otázky.

A) Záchvatové stavy (záchvaty)

1) **Kdy jste měl(a) první záchvatový stav (záchvat) v životě?**

2) **Jak vypadal Váš první záchvatový stav (záchvat)?**

(Zaškrtnete i více možností a případně upřesněte):

- Byl se ztrátou vědomí
- Se ztrátou vědomí a s křečemi
- „Zakoukání“
- Záškluby nebo křeč nějaké části těla
- Pád na zem
- Automatická (vůli neovlivnitelná) činnost
- Jiný:

3) **Máte nebo měl(a) jste více druhů záchvatů?**

- Ano – kolik různých typů?:
- Ne, mám jen jediný typ záchvatů

4) **Jak vypadají Vaše záchvaty?**

Pokud máte **auru** („pocit, že bude záchvat“), napište několika slovy, co cítíte:

.....

Pokud máte „malé“ záchvaty (bez ztráty vědomí), popište je několika slovy:

.....

Pokud máte „velké“ záchvaty (s bezvědomím), popište je několika slovy:

.....

5) **Jak dlouho trvají Vaše záchvaty? Napište kolik vteřin či minut trvá:**

Aura („pocit, že bude záchvat“):

„Malý“ záchvat (bez ztráty vědomí):

„Velký“ záchvat (s bezvědomím):

6) **Co cítíte před záchvatem?** (Zaškrtnete i více možností):

- Nepoznám, že přijde záchvat – nic necítím
- Vím, že přijde záchvat, ale nedokáži popsat svůj pocit
- Mám pocit již prožitého, již viděného, jako ve snu, apod.
- Mám pocit v oblasti žaludku stoupající vzhůru
- Mám sluchový vjem
- Mám čichový vjem
- Mám chuťový vjem
- Mám zrakový vjem
- Mám pocit v určité části těla (bolest, „brnění“ apod.). Kde?
- Mám pocit strachu, úzkosti, provinění apod.
- Mám pocit „zrychleného“ nebo „zpomaleného“ myšlení
- Cítím něco jiného. Co?

- 7) **Můžete během záchvatu po celou dobu zcela normálně mluvit?**
 Ano Ne
- 8) **Rozumíte, pokud na Vás někdo během záchvatu mluví?**
 Ano Ne
- 9) **Pamatujete si úplně vše, co se s Vámi během záchvatu děje?**
 Ano Ne
- 10) **Měl(a) jste někdy záchvat, při kterém jste byl(a) zcela v bezvědomí?**
 Ano Ne
- 11) **Měl(a) jste někdy záchvat ve spánku v noci (nebo při spánku přes den)?**
 Ano Ne
- 12) **Pokousal(a) jste si někdy v životě při záchvatu:**
- jazyk? Ano – špičku jazyka Ano – stranu jazyka Ne
- rty? Ano Ne
- vnitřní část tváře? Ano Ne
- 13) **Pomocil(a) nebo pokálel(a) jste se někdy v životě při záchvatu?**
 Ano Ne
- 14) **Poranil(a) jste se někdy při záchvatu?**
 Ano – zlomenina Ano – popálení Ano – něco jiného Ne
- 15) **Děláte někdy při záchvatu nějakou automatickou činnost, o které nevíte?
(Např. někam jdete nebo něco děláte apod.)**
 Ano Ne
- 16) **Objevil se u Vás někdy samostatný záškub ruky/rukou nebo nohy/nohou?
(Např. Vám vypadne sklenice z ruky nebo podklesnou nohy)**
 Ano Ne
- 17) **Býváte po záchvatu zmatený(á)?**
 Ano, vždy – jak dlouho?..... Občas – jak dlouho?..... Ne, nikdy
- 18) **Vyvolává něco Vaše záchvaty? (zaškrtněte i více možností):**
 Tělesná námaha
 Psychická zátěž (stres)
 Nedostatek spánku
 Blikající světlo
 Zrychlené dýchání
 Změna počasí
 Určitá situace
 Čtení Psaní Pohyby Dotek Emoce Přemýšlení
 Něco jiného – napište co:
- Nevíte o ničem, co by vyvolávalo Vaše záchvaty

19) V kterou denní dobu máte záchvaty nejčastěji? (Zaškrtněte i více možností):

- Ráno po probuzení (cca v prvních dvou hodinách)
- Dopoledne
- Odpoledne
- Večer před usnutím
- Ve spánku, kdy?: Při usínání Uprostřed noci Před probuzením
- Kdykoliv

20) Kolik záchvatů máte v průměru měsíčně?

Aury („pocit, že bude záchvat“):

„Malé“ záchvaty (bez ztráty vědomí):

„Velké“ záchvaty (s bezvědomím):

21) Kdy jste měl(a) poslední záchvat? Napište (přibližné) datum:

Aura („pocit, že bude záchvat“):

„Malý“ záchvat (bez ztráty vědomí):

„Velký“ záchvat (s bezvědomím):

22) Měl(a) jste někdy v minulosti záchvaty mnohem častěji?

- Ano – jak často: a kdy to bylo: Ne

23) Jaké bylo Vaše nejdelší (maximální) období bez záchvatů?

Jak dlouho trvalo

Kdy to bylo

24) Měl(a) jste někdy nakupení mnoha záchvatů v jeden den?

- Ano – kolik záchvatů? a kdy to bylo: Ne

25) Byl(a) jste někdy hospitalizován(a) pro epileptický status?

- Ano – kolikrát: a kdy to bylo: Ne

B) Rizikové faktory

26) Má nebo měl někdo z Vašich příbuzných epilepsii nebo nějaké jiné záchvaty?

- Ano – napište kdo Ne

27) Zemřel někdo z Vašich příbuzných náhle v mladém věku?

- Ano – kdo a proč.. Ne

28) Má nebo měl někdo z Vašich příbuzných psychiatrické onemocnění?

- Ano – kdo a jaké Ne

29) Byly nějaké komplikace během Vašeho narození? (Zaškrtněte i více možností):

- Porod předčasný Prodloužený porod
- Křížení Pobyt v inkubátoru
- Nízká váha Nevím Ne

30) Měl(a) jste v dětství křeče při horečkách?

- Ano – v kolika letech?: Jak dlouho trvaly? Ne

41) Jaké je Vaše současné zaměstnání (profese)? (Pokud jste nezaměstnaný(á) nebo v důchodu, napište Vaši **původní** profesi)

.....

42) Pobíráte invalidní důchod?

Ano, jaký? od Ne

43) Jste dlouhodobě v pracovní neschopnosti?

Ano, od kdy? Ne

44) Jaký je Váš rodinný stav?

Svobodný(á) Ženatý/Vdaná Rozvedený(á)

45) Kolik máte dětí?

46) Jste držitelem řidičského průkazu?

Ano Ne

47) Kouříte?

Ano, kolik? od Ne

48) Požíváte alkohol?

Ano Výjimečně Nikdy

49) Byl(a) jste někdy vyšetřen(a) psychiatrem nebo psychologem?

Jen ambulantně V psychiatrické léčebně Ne

50) Máte poruchy paměti?

Ano Ne

51) Máte poruchy nálady?

Ano Ne

52) Pro ženy:

Máte menstruaci pravidelně?

Ano Ne

Kdy jste měla poslední menstruaci? Datum:

Je nějaká vazba záchvatů na menstruaci?

Ano Někdy Ne

Byla nějaká změna v záchvatech během těhotenství?

Ano Ne

Užíváte hormonální antikoncepci?

Ano, napište jakou od Ne

D) Léky

53) Máte alergii na nějaký lék?

Ano – napište na které léky: Ne

54) Vyjmenujte úplně všechny léky, které nyní užíváte, a jejich dávkování:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

55) Od kterého roku užíváte léky na záchvaty?

56) Vyjmenujte všechny léky, které jste užíval(a) na záchvaty v minulosti a do jakých denních dávek (pokud si vzpomenete):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

57) Měly některé léky, které jste užíval(a) na záchvaty na Vás nežádoucí účinky?

Ano, který lék a jaké nežádoucí účinky?
 Ne

E) Předchozí vyšetření

58) Pokud jste absolvoval následující vyšetření, napište kdy a kde:

CT mozku: Ne Ano Kdy (rok)? Kde?

MR mozku: Ne Ano Kdy (rok)? Kde?

Video-EEG: Ne Ano Kdy (rok)? Kde?

59) Není Váš záchvat zachycen na kameře nebo mobilním telefonem?

Ano Ne

60) Napište jméno lékaře, který Vás doporučil:

Kvalita života - Dotazník pro pacienty se záchvatovým onemocněním

Vaše jméno: Dnešní datum:

Ve všech následujících otázkách prosíme zaškrtněte odpověď, která je nejbližší Vašemu hodnocení:

1. Jak se celkově cítíte po zdravotní stránce?

velmi dobře dobře nic moc špatně

2. Měl(a) jste v posledním měsíci nějaký záchvat?

ano ne

Pokud ano, jak často?

Kolik celkem?

Jaké to byly záchvaty? „velké“ „malé“ aury

3. Jsou nějaké problémy nebo otázky týkající se Vaší nemoci, které byste chtěl(a) probrat s ošetřujícím lékařem?

.....
.....

4. Jak jste v posledním týdnu spal(a)?

velmi dobře dobře nic moc špatně

5. Jak jste se sebou celkově spokojen(a)?

dobře celkem dobře nic moc mizerně

6. Jakou jste měl(a) v posledním týdnu náladu?

dobrou celkem dobrou nic moc mizernou

7. Ovlivňují Vás záchvaty v práci nebo při studiu (ve škole)?

opravdu hodně docela dost jen trochu vůbec ne

Jak?

8. Ovlivňují záchvaty Vaše vztahy v rodině nebo vztahy s partnerem/partnerkou?

- opravdu hodně docela dost jen trochu vůbec ne

Jak?

9. Ovlivňují záchvaty Váš společenský život?

- opravdu hodně docela dost jen trochu vůbec ne

Jak?

10. Myslíte si, že Vám záchvaty brání dělat věci, které byste rád(a) dělal(a)?

- opravdu hodně docela dost jen trochu vůbec ne

Pokud ano, o které věci nebo činnosti se jedná?

.....

11. Jaké nyní užíváte léky na záchvaty?

.....
.....
.....
.....

A kdy je přesně užíváte (hodina)?

.....
.....
.....
.....

Ovlivňují dle Vašeho názoru léky, které užíváte, Vaše záchvaty?

- velmi dobře dobře nic moc špatně

Vyjmenujte obtíže, o kterých si myslíte, že mohou být způsobeny užívanými léky:

.....

Kdy jste byl(a) naposledy na kontrole u svého neurologa?