

SECTION 4 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)**Oui Non Inconnu**

4.14 Autres traitements de l'épilepsie

4.14.1 Évaluation en vue d'une opération de l'épilepsie? 4.14.2 A été opéré pour l'épilepsie? **Dans l'affirmative**, précisez l'intervention (les interventions) et la date :_____ / _____ / _____
JJ MM AAAA_____ / _____ / _____
JJ MM AAAA4.15 Régime alimentaire pour l'épilepsie? **Dans l'affirmative**, précisez : régime cétogène autre _____

Âge au début : _____ mois / années

Âge à l'arrêt : _____ mois / années

4.16 Stimulateur du nerf vagal? 4.17 Implantation d'un autre dispositif contre l'épilepsie? **Dans l'affirmative**, précisez le type : _____

Âge du premier implant : _____ mois / années

4.18 Autres antécédents (cochez toutes les réponses applicables) :

Trouble déficitaire de l'attention Trouble du spectre autistique Retard du développement global Performance scolaire (mesure d'adaptation) Capacités linguistiques : adaptées au développement retard mais verbal non verbal Motricité : adaptée au développement ambulatoire avec aide non ambulatoire Quasi-MSN Quasi-MSIE Neurologiques : migraine ACV tumeur cérébrale neurotraumatisme autre _____Cancer hématologique Cardiaques : syncope autre _____ Diabète Obésité Psychiatriques : anxiété dépression autre _____Respiratoires : asthme maladie pulmonaire chronique autre _____Maladie(s) rhumatologique(s) ou inflammatoire(s) : précisez : _____Trouble du sommeil Apnée obstructive du sommeil État de mal épileptique date du dernier épisode : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA**SECTION 5 – EXAMENS DE LABORATOIRE****Oui Non Inconnu**5.1 Électroencéphalogramme? **Dans l'affirmative**, précisez les résultats : _____5.2 Imagerie par résonance magnétique? **Dans l'affirmative**, précisez les résultats : _____5.3 Électrocardiogramme? **Dans l'affirmative**, précisez les résultats : _____5.4 Échocardiogramme? **Dans l'affirmative**, précisez les résultats : _____5.5 Système de surveillance Holter? **Dans l'affirmative**, précisez les résultats : _____**SECTION 6 – CIRCONSTANCES DU DÉCÈS**

6.1 Heure du décès, si elle est connue : _____ (horloge de 24 heures)

6.2 Heure à laquelle le sujet a été trouvé mort : _____ (horloge de 24 heures)

6.3 Activité au moment du décès : endormi éveillé inconnu **Si le sujet était éveillé**, préciser la position dans laquelle il était au décès :en décubitus ventral en décubitus dorsal en décubitus latéral inconnu 6.4 Le sujet était-il seul au domicile? **Dans l'affirmative**, passez au point 6.7

SECTION 6 – CIRCONSTANCES DU DÉCÈS (suite)

	Oui	Non	Inconnu
6.5 Quelqu'un a-t-il été témoin de convulsions aux alentours du moment du décès? Si personne n'en a été témoin , y avait-il des manifestations de convulsions récentes? Dans l'affirmative , précisez : incontinence ___ literie ___ morsure de la langue ___ position inhabituelle ___ sang sur l'oreiller ___ autre _____	___	___	___
6.6 Quelqu'un a-t-il été témoin du décès? Dans l'affirmative , précisez le lieu du décès : Maison – au lit ___ autre _____ Maison d'hébergement – au lit ___ autre _____ Hôpital – unité de surveillance de l'épilepsie ___ unité de patients hospitalisés ___ Ailleurs – au lit (p. ex., hôtel) ___ autre _____	___	___	___
6.7 A-t-on tenté une RCR? Dans l'affirmative , précisez par qui : _____	___	___	___
6.8 Médicaments pris au cours des 24 heures précédant le décès : _____ _____ _____ _____			
6.9 Changement aux habitudes, y compris l'environnement de sommeil? Dans l'affirmative , expliquez : _____	___	___	___
6.10 L'enfant avait-il récemment souffert d'une infection, d'une maladie ou de fièvre?	___	___	___
6.11 La famille ou les personnes qui s'occupaient de l'enfant connaissaient-ils la possibilité de MSIE?	___	___	___
6.12 Le coroner ou le médecin légiste a-t-il été informé?	___	___	___
6.13 A-t-on effectué une autopsie? Dans l'affirmative , précisez la cause du décès inscrite sur le rapport : _____ Si la cause du décès n'est pas encore disponible, veuillez nous la transmettre lorsqu'elle le sera. _____	___	___	___

___ J'accepte que le personnel du PCSP communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.

___ Je préfère que le personnel du PCSP ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.

SECTION 6 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____
 Adresse _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Téléphone _____ Télécopieur _____
 Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

Annexe sur la MSIE

SYNDROMES ÉPILEPTIQUES

1. Épilepsie néonatale familiale bénigne (ENFB)
2. Encéphalopathie myoclonique précoce (EMP)
3. Syndrome d'Ohtahara
4. Épilepsie du nourrisson à convulsions focales migratoires
5. Syndrome de West ou spasmes infantiles
6. Épilepsie myoclonique du nourrisson (EMN)
7. Épilepsie infantile bénigne
8. Épilepsie infantile familiale bénigne
9. Syndrome de Dravet
10. Épilepsie généralisée avec convulsions fébriles plus
11. Épilepsie occipitale bénigne de l'enfance à début précoce
12. Épilepsie occipitale de l'enfance à début tardif
13. Épilepsie avec convulsions atoniques et myocloniques
14. Épilepsie bénigne à pointes centrotemporales
15. Épilepsie du lobe frontal nocturne autosomique dominante
16. Épilepsie avec absences myocloniques
17. Syndrome de Lennox-Gastaut
18. Mal épileptique électrique pendant le sommeil
19. Syndrome de Landau-Kleffner
20. Absence épileptique infantile
21. Absence épileptique juvénile
22. Épilepsie myoclonique juvénile
23. Épilepsie myoclonique progressive
24. Épilepsie autosomique dominante à manifestations auditives
25. Autres épilepsies familiales du lobe temporal
26. Épilepsie TCG seulement
27. Épilepsie focale familiale avec ou sans foyers variables
28. Épilepsies réflexes
29. Épilepsie mésiale du lobe temporal
30. Syndrome de Rasmussen
31. Convulsions gélastiques à hamartome hypothalamique

TYPES DE CONVULSIONS

Généralisées

1. Tonicloniques généralisées (TCG)
2. Cloniques (avec ou sans manifestations cloniques)
3. Cloniques (avec ou sans manifestations cloniques)
4. Absence typique
5. Absence atypique
6. Absence myoclonique
7. Toniques
8. Spasmes infantiles
9. Autres spasmes ou spasmes épileptiques
10. Myocloniques
11. Myoclonie bilatérale massive
12. Myocloniques atoniques
13. Myclonie négative
14. Atoniques
15. Convulsions réflexes avec épilepsie généralisée
16. Myoclonies palpébrales (avec ou sans absences)
17. Myoclonies palpébrales (avec absences)
18. TCG convulsives
19. TCG non convulsives

Focales ou partielles

1. Simples partielles (avec ou sans manifestations observables)
2. Simples partielles (avec manifestations motrices ou autres manifestations observables)
3. Complexes partielles
4. Avec généralisation secondaire
5. TCG partielles inconnues