

Kuesioner Epilepsi

(diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

Proposal Number / Nomor SPAJ : _____
Name / Nama Calon Tertanggung : _____
New NRIC No / Nomor Identitas Diri : _____

1. Type of epilepsy? / Jenis epilepsi?

2. Date of first diagnosis? / Tanggal diagnosis pertama? [Month/Bulan] [Year/Tahun]

3. Cause of epilepsy / Penyebab epilepsi :

	Yes / Ya	No / Tidak	Details / Rincian
Idiopathic / Idiopati			
Symptomatic / Gejala			
Focal / Fokus			
Trauma / Trauma			

4. Investigation done (e.g. ECG, CT Scan, etc....)
Pemeriksaan yang sudah dijalankan (contohnya ECG, CT-Scan, dan sebagainya)

Date / Tanggal	Type / Jenis	Result / Hasil

5. Any history of status epileptics? / Apakah ada riwayat epilepsi?

6. Number of epileptic attacks per year? / Berapakah jumlah serangan epilepsi yang dialami setiap tahun?

7. Complications / Komplikasi :

	Yes / Ya	No / Tidak	Details / Rincian
Mental abnormality/ Komplikasi Mental tidak normal			
Personality changes / Perubahan kepribadian			

8. Medication / Pengobatan :

Date / Tanggal	Drugs / Obat	Dose / Dosis	Response / Reaksi

9. Any poor compliance to treatment? / Apakah ada ketidakpatuhan pada perawatan yang diinstruksani oleh dokter? Yes/Ya [] No/Tidak []

Signature of Medical Examiner / : _____
Tandatangan Pemeriksa Kesehatan

Date / Tanggal : _____

Name / Nama : _____

Clinic Stamp /
Stempel klinik : _____