

ANEXO 2.

ANÁLISIS DE LOS PERFILES GENÓMICOS DE PACIENTES COLOMBIANOS CON EPILEPSIA REFRACTARIA

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fecha _____ Código _____

Nombre _____

Edad ___/___ (aa/mm) Fecha de Nacimiento ___/___/___ (dd/mm/aa) Género M ___ F ___

Natural y procedente _____

Identificación CC TI RC CE CNV NUIP _____

Teléfonos _____ Centro de referencia _____

Antecedentes familiares

Consanguinidad SI ___ NO ___ Epilepsia en la familia SI ___ NO ___ Quién _____

Su familiar tiene antecedente de epilepsia refractaria? SI ___ NO ___ Quién _____

Antecedentes farmacológicos del paciente

Medicamento actual / dosis / inicio del tratamiento

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

Medicamentos usados en manejos previos / dosis / inicio del tratamiento

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

Antecedentes quirúrgicos

Diagnóstico prequirúrgico _____ Diagnóstico posquirúrgico _____

Cirugía para epilepsia SI ___ NO ___ FECHA ___ / ___ / ___ (dd/mm/aa)

Antecedentes perinatales

EG al nacer _____ Semanas

Peso _____ (g) Talla _____ (cms) PC _____ (cms) APGAR ___ / ___ / ___

Complicaciones perinatales _____

Antecedentes patológicos (Comorbilidades)

Patología / Cómo se diagnosticó / Tratamiento / Fecha de diagnóstico

_____ R M _____ / _____ / _____ / _____

_____ TA _____ / _____ / _____ / _____

_____ RDP _____ / _____ / _____ / _____

_____ PC _____ / _____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____ / _____

RM: Retardo Mental. TA: Trastorno del Aprendizaje. RDP: Retardo del desarrollo. PC: Parálisis cerebral.

CARACTERIZACIÓN DE LA EPILEPSIA DEL PACIENTE

Tipo de epilepsia _____ Refractaria SI ___ NO _____

Fecha de diagnóstico ___ / ___ / ___ (dd/mm/aa) Primera convulsión ___ / ___ / ___ (dd/mm/aa)

Edad a la 1ra convulsión _____ Inicio del tratamiento farmacológico ___ / ___ / ___ (dd/mm/aa)

Última crisis ___ / ___ / ___ (dd/mm/aa) Observaciones _____

Paraclínicos relacionados

Prueba / Fecha / Resultado

_____	/	_____	/	_____
_____	/	_____	/	_____
_____	/	_____	/	_____
_____	/	_____	/	_____
_____	/	_____	/	_____

Firma del responsable: _____