

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais**  
TELEFONE: 3218-5900 / 3214-2627

**DIÁRIO DE REGISTRO DE CRISES DE EPILEPSIA**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**MÊS:** \_\_\_\_\_ **ANO:** \_\_\_\_\_ **MEDICAMENTO(S) EM USO/ DOSE DIÁRIA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MADRUGADA (0-6)																															
MANHÃ																															
TARDE (12-18)																															
NOITE (18-24)																															
SONO																															
Nº. CRISE PARCIAL																															
Nº. CRISE DESMAIO																															
Nº. DE AUSÊNCIAS																															
MENSTRUÇÃO																															
FALHA DO MEDICAMENTO																															
ESTRESSE EMOCIONAL																															
FEBRE																															
OUTRAS CAUSAS																															

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do(a) médico(a)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data