



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

PCDT: EPILEPSIA

DIÁRIO DE REGISTRO DE CRISES

PACIENTE: _____

MÊS / ANO: _____ / _____

MEDICAMENTOS EM USO: _____

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																															
MENSTRUACÃO																															
FALHA DO MEDICAMENTO																															
ESTRESSE EMOCIONAL																															
FEBRE																															
OUTRAS CAUSAS																															

Carimbo e assinatura do(a) médico(a)____/____/____
Data