

## DIÁRIO DE CRISES

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos em uso:** \_\_\_\_\_

Data	Horário	Tipo de crise	Observações: (Gatilhos, sintomas antes e depois, alimentação ou ausência de alimentação por longo período)	Usou medicação conforme prescrição?
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				
__/__/__				

(\*Tipos de crises: ausência, tônico-clônica, focal, mioclônica, outras)

### Resumo Mensal

- **Total de crises no mês:** \_\_\_\_\_
- **Dias sem crises:** \_\_\_\_\_
- **Dias com crises:** \_\_\_\_\_
- **Crise mais longa registrada:** \_\_\_\_\_
- **Observações gerais:** \_\_\_\_\_