



患者病情记录日志

患者姓名:	性别:	出生年月:
联系电话:	联系地址:	
就诊医院:	就诊医生:	专科门诊时间:
过敏史 (对何种药物过敏):		

友情提醒: 请您就诊时, 一定记得带此本日志, 以便医生能为您提供更好的医疗服务



为什么要记患者日志

癫痫发作是一种慢性疾病，需要定期复诊和长期治疗！

在定期复诊时，以下几个方面的内容您必须告知医生：

1. 发作情况，包括有没有发作、发作类型（症状）有没有变化等；
2. 使用药物情况，包括按时服药、剂量增减、未服药和药物剂量增减的原因等；
3. 不良反应情况，包括是否出现以及出现了哪种不良反应、能否耐受、这种不良反应是否与其他因素相关等。这样做，可以帮助您在复诊时将某一阶段的真实病情信息全部、准确、快速地告知医生，以便于医生为您提供最佳的诊断和治疗方案！

该日志对医生探究最适合您的治疗方案并控制癫痫发作至关重要！

花一点时间将您的发作情况、服药情况以及可能出现的不良反应记录下来吧！

如何记录患者日志

记录这本日志非常简单，将每天的相关情况按照随后表格中的内容逐项填写就可以啦！如果您对某些内容有疑问，请及时咨询您的医生。

日志记录方法：

1. 在您就诊当天的日期栏内记录上“//”的符号，代表从这一天开始记录您的发作以及治疗过程中的不良反应。

用不同的符号代表您发作的不同表现，填在相应的日期栏内，表示当天您出现了这种类型的发作。例如：

◇代表：突发意识丧失，四肢抽搐

△代表：一侧肢体抽搐，神志清楚

○代表：突发性呆，呼之不应，无肢体抽搐

*代表：突发全身或一个肢体触电样抖动

#代表：其他发作表现

2. 请将您一个月内的总发作次数进行总结并在“月发作次数”栏内填上该月发作的总次数
3. 如果您用药当天出现了不良反应（如头晕、恶心、嗜睡等），请在相应的日期栏内画上★，并在日期栏下面记录下您的不良反应的表现。
4. 请在日志的第1-2页回顾您就诊前1年内的发作和治疗情况，并在第3-8页内逐步记录您就诊后的发作情况、服药情况以及出现的不良反应。

赶快行动吧！



癫痫发作情况回顾表 (年)

月\日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	本月总 发作次数					
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					

1、如果出现了癫痫发作，请在相应的日期栏内画上相应符号。

- ◇代表：突发意识丧失，四肢抽搐
- △代表：一侧肢体抽搐，神志清楚
- 代表：突发发呆，呼之不应，无肢体抽搐
- *代表：突发全身或一个肢体触电样抖动
- #代表：其他发作表现

2、★代表出现了不良反应，其表现是：

癫痫治疗情况回顾

请对近一年来使用的药物情况做一总结

使用过的药物

a: 名称_____, 剂量_____; _____次/天, 停用原因_____, 停用时间_____;

b: 名称_____, 剂量_____; _____次/天, 停用原因_____, 停用时间_____;

c: 名称_____, 剂量_____; _____次/天, 停用原因_____, 停用时间_____;

d: 名称_____, 剂量_____; _____次/天, 停用原因_____, 停用时间_____;

正在使用的药物

A: 名称_____, 剂量_____; _____次/天

B: 名称_____, 剂量_____; _____次/天

C: 名称_____, 剂量_____; _____次/天

D: 名称_____, 剂量_____; _____次/天

其它特殊的说明备注

癫痫发作情况记录表 (年)

月\日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	本月总 发作次数		
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		

1、如果出现了癫痫发作，请在相应的日期栏内画上相应符号。

◇代表：突发意识丧失，四肢抽搐

△代表：一侧肢体抽搐，神志清楚

○代表：突发发呆，呼之不应，无肢体抽搐

*代表：突发全身或一个肢体触电样抖动

#代表：其他发作表现

2、★代表出现了不良反应，其表现是：

3. 药物变化情况：

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

4. 目前使用的药物：

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

癫痫发作情况记录表 (年)

月\日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	本月总 发作次数
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																

1、如果出现了癫痫发作，请在相应的日期栏内画上相应符号。

◇代表：突发意识丧失，四肢抽搐

△代表：一侧肢体抽搐，神志清楚

○代表：突发发呆，呼之不应，无肢体抽搐

*代表：突发全身或一个肢体触电样抖动

#代表：其他发作表现

2、★代表出现了不良反应，其表现是：

3. 药物变化情况：

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

4. 目前使用的药物：

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

癫痫发作情况记录表 (年)

月\日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	本月总 发作次数		
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		

1、如果出现了癫痫发作，请在相应的日期栏内画上相应符号。

◇代表：突发意识丧失，四肢抽搐

△代表：一侧肢体抽搐，神志清楚

○代表：突发发呆，呼之不应，无肢体抽搐

*代表：突发全身或一个肢体触电样抖动

#代表：其他发作表现

2、★代表出现了不良反应，其表现是：

3. 药物变化情况：

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

4. 目前使用的药物：

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

癫痫发作情况记录表 (年)

月\日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	本月总 发作次数
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																

1、如果出现了癫痫发作，请在相应的日期栏内画上相应符号。

◇代表：突发意识丧失，四肢抽搐

△代表：一侧肢体抽搐，神志清楚

○代表：突发发呆，呼之不应，无肢体抽搐

*代表：突发全身或一个肢体触电样抖动

#代表：其他发作表现

2、★代表出现了不良反应，其表现是：

3. 药物变化情况：

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

4. 目前使用的药物：

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

癫痫发作情况记录表 (年)

月\日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	本月总 发作次数		
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		

1、如果出现了癫痫发作，请在相应的日期栏内画上相应符号。

◇代表：突发意识丧失，四肢抽搐

△代表：一侧肢体抽搐，神志清楚

○代表：突发发呆，呼之不应，无肢体抽搐

*代表：突发全身或一个肢体触电样抖动

#代表：其他发作表现

2、★代表出现了不良反应，其表现是：

3. 药物变化情况：

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

4. 目前使用的药物：

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

癫痫发作情况记录表 (年)

月\日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	本月总 发作次数	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	

1、如果出现了癫痫发作，请在相应的日期栏内画上相应符号。

◇代表：突发意识丧失，四肢抽搐

△代表：一侧肢体抽搐，神志清楚

○代表：突发发呆，呼之不应，无肢体抽搐

*代表：突发全身或一个肢体触电样抖动

#代表：其他发作表现

2、★代表出现了不良反应，其表现是：

3. 药物变化情况：

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

药物名称 _____ 药物变化原因 _____ 药物变化的时间 _____

4. 目前使用的药物：

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

药物名称 _____ 药物剂量 _____； _____ 次 / 天

温馨小贴士

- 坚持治疗，按医嘱每天服药。不同的药物每天的服用次数不一样，要按医嘱的间隔时间服药。
- 如果在服用抗癫痫药物期间出现皮疹、口腔溃疡、眼睛发红等过敏现象，请立即停药并到医院就诊。
- 某些药物可能诱发癫痫发作，如含有扑尔敏、非那根的药物，及某些抗生素，应尽量避免使用。
- 服用任何药物都请阅读说明书，了解相关药物的副作用或不良反应。
- 保持健康的生活方式。
 1. 均衡饮食，不宜随便进补，不吃人参、虫草或可乐、咖啡等具有兴奋性作用的食物和饮料，最好能戒烟戒酒。
 2. 注意生活规律，保证充足睡眠，避免过度疲劳。
 3. 禁止打游戏机或网络游戏，少看电视，避免长时间注视电脑屏幕。
 4. 对于热性惊厥的患者，洗澡时水温不宜过高。
 5. 可进行常规的体育锻炼，但具有特殊风险和容易导致外伤的除外，如攀岩、潜水、跳水、游泳、拳击、橄榄球等。
- 生活和工作的区域应相对宽敞，避免周围有危险物。
- 若有发作的先兆时，应尽量到安全的地方休息。

发作急救处理

1. 患者已经全身抽搐将要跌倒时，家属要扶住患者以免跌伤，并用软垫保护患者的头部，让其侧卧，尽可能清除口中的食物等，并解开患者的衣领和裤带、领带、胸罩、衣扣等，以免阻塞气道导致窒息。可以用体积较小的软布垫在患者的上下齿之间，防止患者咬伤舌部，但要注意避免填塞物体积过大，以免阻塞呼吸道。切不可将手指放入患者的口内，来阻止患者的牙关紧闭。要知道发作当时患者可能并无意识，这样做可能会咬伤您的手指，出血还可能阻塞患者气道。若患者已牙关紧闭，不要试图强行撬开以免造成不必要的损伤。患者出现抽搐时，不要强压患者肢体，以免造成骨折。
2. 患者抽搐停止进入昏睡期后，此时患者的全身肌肉已放松，可将患者的姿势保持侧卧，将患者的头转向一侧，同时抽去其上下牙之间的垫塞物，让患者口中的唾液和呕吐物流出，避免窒息。
3. 如果患者出现如意识模糊、四处走动，应引导患者远离危险环境和物品（如池塘、厨房、楼梯、明火、刀叉等等）；并应有人守护在身边，观察发作情况并记录发作时间、发作时表现和发作持续时间等等。如果患者出现了首次强直阵挛发作（“大发作”）或发作时间比平时发作时间更长，请找专业医生寻求帮助或就诊。



中国抗癫痫协会

China Association Against Epilepsy.CAAE