

## Pasientrapporterte data ved epilepsi (PRO-EPI) versjon 4.0

**Alt grønt:** Ikke behov for oppfølging per nå.

**En eller flere gule svar:** Sykepleier leser journal og tar kontakt med bruker hvis behov.

**En eller flere røde svar:** Lege skal informeres.

### 1. INNLEDNING

---

1.1 Hvem svarer på skjemaet?

**Jeg svarer selv**

**Noen svarer for meg/sammen med meg**

**Navn og relasjon til den som har svart for deg/sammen med deg:**

1.2 Hvordan har du det nå, sammenliknet med sist du fylte ut skjema?

**Dette er første gang jeg svarer på skjemaet**

**Jeg synes jeg har det verre**

**Jeg synes det er uendret**

**Jeg synes jeg har det bedre**

### 2. ANFALL

---

2.1 Har du hatt epileptiske anfall etter siste innsendte skjema?

**Ja, Nei, Vet ikke**

*Hvis ja, gå videre til underspørsmål a-c:*

a) Har du hatt krampeanfall (GTK)?

**Ja, Nei, Vet ikke**

b) Har du hatt krampeanfall (GTK) om natten/under søvn?

**Ja, Nei, Vet ikke**

c) Har du hatt andre typer epileptiske anfall?

**Ja, Nei, Vet ikke**

2.2 Hvordan er din anfallssituasjon nå, sammenliknet med sist du fylte ut skjema?

**Forbedret, Uendret, Forverret, Vet ikke**

*Hvis forverret, gå videre til underspørsmål:*

Hva kan være årsaken til forverringen? *Kryss av ett eller flere alternativ*

**Psykisk stress**

**Uregelmessig døgnrytme/lite søvn**

**Uregelmessige måltider**

- For mye skjermbruk
- Alkohol
- Andre rusmidler
- Jeg har hatt annen sykdom, f.eks. luftveisinfeksjon
- Jeg har redusert på epilepsimedisinen
- Jeg har glemt å ta epilepsimedisinen
- Jeg prøver en ny type epilepsimedisin
- Annet:
- Vet ikke

### 3. MEDISINER

3.1 Bruker du medisin mot epilepsi?

**Ja, Nei**

Hvis ja, gå videre til underspørsmål a-e:

a) Hvilken type epilepsimedisin bruker du nå? Kryss av ett eller flere alternativ og fyll inn døgndose

Brivaracetam (Briviact)	Dose (mg) per døggn
Cenobamat (Ontozry)	Dose (mg) per døggn
Eslikarbazepin (Zebinix)	Dose (mg) per døggn
Etosuksimid (Zarondan, Zarontin, Petnidan)	Dose (mg) per døggn
Fenytoin (Epinat)	Dose (mg) per døggn
Karbamazepin (Tegretol, Trimonil)	Dose (mg) per døggn
Klobazam (Frisium)	Dose (mg) per døggn
Klonazepam (Rivotril)	Dose (mg) per døggn
Lacosamid (Vimpat)	Dose (mg) per døggn
Lamotrigin (Lamictal)	Dose (mg) per døggn
Levetiracetam (Keppra)	Dose (mg) per døggn
Okskarbazepin (Trileptal)	Dose (mg) per døggn
Perampanel (Fycompa)	Dose (mg) per døggn
Topiramat (Topimax)	Dose (mg) per døggn
Valproat (Orfiril)	Dose (mg) per døggn
Zonisamid (Zonegran)	Dose (mg) per døggn
Annen: <input type="text" value="Fritekst"/>	Dose (mg) per døggn

b) Gir epilepsimedisinen deg plagsomme bivirkninger?

**Ja, Nei, Vet ikke**

c) I hvilken grad har du etter siste innsendte skjema vært plaget av Hodepine

**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**

Svimmelhet

**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**

Skjelving på hendene

**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**

Dobbeltsyn eller andre synsforstyrrelser

**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**

Dårlig appetitt og/eller vektnedgang

**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**

Vektøkning

**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**

Konsentrasjonsvansker

**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**

En følelse av at du lett blir irritert eller utålmodig

**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**

Tretthet og/eller redusert søvnkvalitet

**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**

Tristhet

**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**

d) Hender det at du glemmer å ta epilepsimedisinen din?

**Daglig, Ukentlig, Månedlig, Sjelden/aldri**

e) Hender at du tar en annen dose av epilepsimedisinen din enn det som var anbefalt?

**Daglig, Ukentlig, Månedlig, Sjelden/aldri**

3.2 Er det gjort endringer i epilepsimedisineringen din etter siste innsendte skjema?

**Ja, Nei**

*Hvis ja, gå videre til underspørsmål:*

Hva slags endring er gjort?

*Fritekst*

3.3 Har du startet med nye medisiner (ikke medisin mot epilepsi) etter siste innsendte skjema?

**Ja, Nei**

*Hvis ja, gå videre til underspørsmål:*

Hva heter medisinen du har startet med, og hvilken dose tar du?

*Fritekst*

#### 4. Å LEVE MED EPILEPSI

---

4.1 Hvordan er din livskvalitet?

**Meget god, God, Nokså god, Dårlig**

- 4.2 Er dine pårørende bekymret på grunn av din epilepsi?  
**Aldri, Sjelden, Av og til, Ofte, Vet ikke**
- 4.3 Bor du sammen med noen?  
**Ja, Nei**
- 4.4 Har du utfordringer på din skole eller arbeidsplass som du tenker er knyttet til epilepsien?  
**Nei, Jeg er ikke i arbeid/går ikke på skole, Ja**  
*Hvis ja, gå videre til underspørsmål a-b:*
- a) Jeg har økende fravær fra skole eller arbeidsplass.  
**Ja, Nei**
- b) Jeg synes at skole eller arbeidsplass viser liten forståelse for min sykdom og situasjon.  
**Ja, Nei**
- 4.5 Venter du eller din partner barn?  
**Ja, Nei**
- 4.6 Planlegger du eller din partner å få barn innenfor de neste 12 måneder?  
**Ja, Nei**
- 4.7 Har du gyldig førerkort for bil?  
**Ja, Nei**
- 4.8 I hvilken grad har du i løpet av den siste måneden vært plaget av
- a) At du er redd for å få anfall  
**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**
- b) Generell angst (ikke bare angst for nytt anfall)  
**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**
- c) Vanskeligheter med å komme deg opp om morgenen  
**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**
- d) Dårlig hukommelse  
**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**
- 4.9 I hvilken grad har du i løpet av den siste måneden vært plaget av selvmordstanker?  
**Ikke i det hele tatt, Litt, Mye, Svært mye**  
*Hvis litt, mye eller svært mye, gå videre til underspørsmål:*  
Får du hjelp eller oppfølging for disse tankene? Forklar i fritekstfeltet.

- 4.10 Bruker du  
Snus **Ja, Nei** Tobakk/sigaretter **Ja, Nei** Alkohol **Ja, Nei**  
Andre rusmidler **Ja, Nei**  
*Hvis ja på andre rusmidler, gå videre til underspørsmål:*  
Hvilke andre rusmidler bruker du?
- 4.11 Omtrent hvor mange ganger drikker du alkohol per uke?
- 4.12 Føler du deg trygg og ivaretatt når det gjelder din diagnose?  
**Ja, Nei, Vet ikke**

## 5. AVTALE

---

- 5.1 Ønsker du kontakt med neurologisk poliklinikk nå?  
**Nei, jeg har ikke behov for å bli kontaktet akkurat nå**  
**Ja, jeg vil gjerne bli kontaktet**  
**Vet ikke**
- 5.2 Venter du på svar på en undersøkelse som er bestilt fra neurologisk avdeling?  
**Nei, Ja, Vet ikke**
- 5.3 Har du oppfølging for epilepsi andre steder?  
**Ja, Nei**  
*Hvis ja, gå videre til underspørsmål:*  
Hvor har du oppfølging for epilepsi? *Kryss av ett eller flere alternativer*  
**Fastlege**  
**Fastlege, men bare for måling av epilepsimedisin i blodet**  
**Spesialsykehuset for epilepsi SSE**  
**Et annet sykehus (ikke SSE)**  
**Privatpraktiserende spesialist**  
Annet:
- 5.4 Dersom vi har behov for flere opplysninger, vil du helst at vi skal ringe:  
**Deg**  
**Jeg vil helst at dere ringer en pårørende**  
Navn/relasjon/telefonnummer:
- Eventuell kommentar: