S.T.E.P.S.

Guía de discusión para pacientes con epilepsia

Si sigue los S.T.E.P.S.* adecuados, puede mantener conversaciones más significativas con su proveedor de atención médica y trabajar juntos para alcanzar sus objetivos.

*Convulsiones, tratamiento, efecto emocional, objetivo personal, seguridad (Seizures, Treatment, Emotional Impact, Personal Goals, Safety [por sus siglas en inglés]).

SEIZURES (CONVULSIONES)

¿Con qué frecuencia tiene convulsiones? Marque una opción y complete el espacio en blanco cuando corresponda.

- ☐ ____ veces por mes
- ☐ ____ veces por año
- ☐ ____ veces por día
- ☐ ____ veces por semana
- ☐ No lo sé

¿A qué hora del día ocurren las convulsiones? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Mañana
- ☐ Tarde
- ☐ Noche

¿Cuánto tiempo duran, en general, las convulsiones?

_____

¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas mientras tiene una convulsión? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Espasmos musculares
- ☐ Ver, oler, saborear, oír o sentir cosas que no existen
- ☐ Confusión
- ☐ Convulsiones
- ☐ Aura
- ☐ Sensaciones fuertes de déjà vu
- ☐ Rigidez muscular
- ☐ Comportamientos repetitivos
- ☐ Movimientos musculares involuntarios
- ☐ Pérdida del conocimiento
- ☐ Otros: _____

TREATMENT (TRATAMIENTO)

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan bien funciona(n) su(s) medicamento(s) actual(es) para la epilepsia? Encierre en un círculo una opción.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(no funciona[n]) (funciona[n] muy bien)

¿Qué efectos secundarios (si los hay) está experimentando con sus medicamentos para la epilepsia actuales? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Mareos
- ☐ Somnolencia
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Cambios en el comportamiento
- ☐ Visión doble
- ☐ Otros: _____

Desde que comenzó su tratamiento actual, ¿disminuyó la frecuencia de las convulsiones? Marque una opción.

- ☐ SÍ ☐ NO

¿Ha omitido alguna dosis últimamente? Marque una opción.

- ☐ SÍ ☐ NO ☐ No lo sé

Si la respuesta es sí, ¿por qué? _____

Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

EMOTIONAL IMPACT (EFECTO EMOCIONAL)

¿Ha notado algún cambio en el estado de ánimo debido a la epilepsia? Marque una opción.

- ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es sí, describa esos cambios.

_____

¿Las convulsiones han afectado sus relaciones con su pareja, familia, amigos u otras personas? Marque una opción.

- ☐ SÍ ☐ NO

¿Las convulsiones han interferido con su capacidad para mantener un trabajo o ir a la escuela? Marque una opción.

- ☐ SÍ ☐ NO

Si las convulsiones afectan sus emociones, ¿le gustaría conocer algún recurso que lo ayude a sobrellevarlas?

- ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de recursos serían útiles?

_____

PERSONAL GOALS (OBJETIVOS PERSONALES)

Para ayudar a alcanzar esos objetivos, ¿estaría interesado en agregar o cambiar su(s) medicamento(s) para la epilepsia? Marque una opción.

- ☐ SÍ ☐ NO

¿Cuál es su objetivo general para la visita de hoy?

_____

¿Cuáles son sus objetivos generales para el próximo año?

_____

SAFETY (SEGURIDAD)

¿La epilepsia lo frena a la hora de realizar actividades cotidianas? Marque una opción.

- ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, ¿cuáles son las actividades?

_____

¿Toma las precauciones de seguridad necesarias al realizar actividades cotidianas? En caso afirmativo, ¿cuáles son?

_____

¿Está al tanto de la muerte súbita inesperada en la epilepsia (sudden unexplained death in epilepsy, SUDEP [por sus siglas en inglés])? Marque una opción.

- ☐ SÍ ☐ NO

Tenga en cuenta las siguientes precauciones de seguridad: siga la guía del médico y las leyes estatales con respecto a la conducción, tome duchas en lugar de baños, no nade solo, no escale y evite operar maquinaria peligrosa.

Comparta siempre sus preocupaciones sobre la epilepsia con su médico. Juntos, pueden crear un plan de tratamiento que funcione para usted.

SK life science
a subsidiary of SK biopharmaceuticals
SKLifeScienceInc.com

© 2020 SK Life Science, Inc. una subsidiaria de SK Biopharmaceuticals Co., Ltd.
NP-US-SKLSI-0237 03/20

Para obtener más información, visite **www.WebMD.com/EpilepsySurvey**