



Office of Developmental Primary Care

Improving health outcomes for people with developmental disabilities

發作追蹤表（設定）

姓名：	出生日期：
月／年：	
發作藥物／劑量／服用時間：	
神經科專家／主診醫生：	
聯絡資料：	

發作管理計劃
<input type="checkbox"/> 如發生兩次或以上的發作而無恢復知覺（導守命令或有意義的回答問題）時，則：
<input type="checkbox"/> 如一次發作時間超過_____分鐘，則：
打電話給誰：

指示：

病人如有超過一種類型的發作，請在下面說明。例如，就發作類型 A，強直陣攣性可說明為：「發作時病人跌倒在地，所有四肢變硬和痙攣，整個事件中不醒人事。」指定予「發作類型」的相應字母，可用於下面的追蹤表。在「附註／倉猝事件」部份中說明任何不尋常的徵狀／情況。

發作類型	說明				
A					
B					
C					
日期／時間	維期	發作類型 （見上）	服用藥物	主要信號	縮簽
	____分 ____秒				
附註／倉猝事件：				通知什麼人：	

SEIZURE TRACKING FORM ESTABLISHED (CHIN)

日期 / 時間	維期	發作類型 (見上)	服用藥物	主要信號	縮簽
	____分 ____秒				
附註 / 倉猝事件：				通知什麼人：	
日期 / 時間	維期	發作類型 (見上)	服用藥物	主要信號	縮簽
	____分 ____秒				
附註 / 倉猝事件：				通知什麼人：	
日期 / 時間	維期	發作類型 (見上)	服用藥物	主要信號	縮簽
	____分 ____秒				
附註 / 倉猝事件：				通知什麼人：	
日期 / 時間	維期	發作類型 (見上)	服用藥物	主要信號	縮簽
	____分 ____秒				
附註 / 倉猝事件：				通知什麼人：	
日期 / 時間	維期	發作類型 (見上)	服用藥物	主要信號	縮簽
	____分 ____秒				
附註 / 倉猝事件：				通知什麼人：	