

**INCLLEN Diagnostic Tool for Epilepsy (INDT-EPI) for Primary Care
Physicians**

PERSONAL INFORMATION OF THE CHILD

1. Name of the child:

2. Age (in completed months):

--	--	--

3. Sex: (Male -1, Female - 2)

--

4. Complete address of the child:

5. Informant: 1 = Mother, 2 = Father, 3 = Guardian, 4 = Relative:

--

<p>1. Has your child ever had fits / daurae / mirgee / chamki? क्या आपके बच्चे को कभी दौरा/मिर्गी/चमकी आया है?</p> <p>0: No नहीं 1: Yes हां</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>															
<p>2. Did your child ever have episodes of loss of consciousness associated with any of the following- क्या आपके बच्चे के साथ कभी निम्नलिखित में से किसी से भी जुड़ी चेतना की कमी की घटना हुई है-</p> <p>0: No नहीं 1: Yes हां</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">- Up rolling of eyes</td> <td style="width: 50%;">आंखों को ऊपर की ओर चढ़ना</td> </tr> <tr> <td>- Deviation of eyes to one side</td> <td>एक ओर आंखों का विचलन</td> </tr> <tr> <td>- Tongue bite</td> <td>दातों से जीभ का कटना</td> </tr> <tr> <td>- Frothing from mouth</td> <td>मुंह से झाग आना</td> </tr> <tr> <td>- Passing urine / stool in clothes</td> <td>कपड़ों में stool/मूत्र होना</td> </tr> <tr> <td>- Shaking of limbs</td> <td>अंगों में कंपन</td> </tr> <tr> <td>- Limbs becoming stiff</td> <td>अंगों का कठोर होना</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>		- Up rolling of eyes	आंखों को ऊपर की ओर चढ़ना	- Deviation of eyes to one side	एक ओर आंखों का विचलन	- Tongue bite	दातों से जीभ का कटना	- Frothing from mouth	मुंह से झाग आना	- Passing urine / stool in clothes	कपड़ों में stool/मूत्र होना	- Shaking of limbs	अंगों में कंपन	- Limbs becoming stiff	अंगों का कठोर होना
- Up rolling of eyes	आंखों को ऊपर की ओर चढ़ना														
- Deviation of eyes to one side	एक ओर आंखों का विचलन														
- Tongue bite	दातों से जीभ का कटना														
- Frothing from mouth	मुंह से झाग आना														
- Passing urine / stool in clothes	कपड़ों में stool/मूत्र होना														
- Shaking of limbs	अंगों में कंपन														
- Limbs becoming stiff	अंगों का कठोर होना														
<p>☞ <i>If response to question 2 is “1”, proceed to complete questions 3-9</i> यदि प्रश्न 2 का उत्तर “1” है तो प्रश्न 3 से 9 तक के प्रश्नों के उत्तर दें</p>															
<p>☞ <i>If response to question 2 is “0”, proceed to complete 10 and 11(skip questions 3-9)</i> यदि प्रश्न 2 का उत्तर “0” है तो प्रश्न 10 और 11 के उत्तर दें (3 से 9 तक के प्रश्नों को छोड़ दें)</p>															
<p>3. How many such episodes has the child had? बच्चे के साथ इस प्रकार की कितनी घटनाएं घटी हैं?</p> <p>0: One एक 1: More than one एक से अधिक</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>															
<p>4. What was the duration between first and last episode / seizure? पहली और अंतिम घटना/दौरा के बीच की अवधि क्या थी?</p> <p>0: Less than 24 hours 24 घंटे से कम 1: More than 24 hours 24 घंटे से अधिक 9: Not Applicable लागू नहीं</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>															
<p>5. Did your child have these episodes always accompanied by fever? क्या आपके बच्चे के साथ होने वाले दौरे/घटनाएं हमेशा बुखार के साथ शुरू होती हैं? (Ask only if the seizure occurred when the child was <u>6 months - 6 years of age</u>) (यदि दौरा 6 महीने से 6 वर्ष के आयु के बीच के बच्चे को पड़ता है तो केवल तब ही यह प्रश्न पुछें)</p> <p>0: No नहीं 1: Yes हां 9: Not Applicable लागू नहीं</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>															

<p>6. Did your child have these episodes only during brain infection (meningitis or encephalitis during active CNS infection/during hospitalisation) / head trauma (within 7 days)/ or other infections (diarrhoea / pneumonia) or any other cause as told to you by your doctor? क्या ब्रेन इंफेक्शन (meningitis or encephalitis during active CNS infection/during hospitalisation)(7 दिन के भीतर) head trauma /अन्य संक्रमण (diarrhoea / pneumonia) या अन्य कारण जिसे आपके डॉक्टर द्वारा बताया गया है, के समय आपके बच्चे को कभी ये दौरा आए हैं?</p> <p>0: No नहीं 1:Yes हां <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>(If answer is yes and parents know the cause mention here verbatim _____) (यदि उत्तर हां है और माता-पिता कारण जानते हैं तो कारण का उल्लेख यहां करें _____)</p>
<p>7. Did your child have these episodes only during the 1st month of life? क्या आपके बच्चे को ये दौरा केवल 1 महीने की आयु में हुए हैं?</p> <p>0: No नहीं 1:Yes हां <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>
<p>8. Did your child have all these episodes associated with change in colour or loss of consciousness in the settings of anger, pain, frustration and prolonged crying? क्या आपके बच्चे को ये दौरा रंगों में परिवर्तन या गुस्सा, दर्द, frustration और काफी देर तक रोने के कारण आते हैं?</p> <p>0: No नहीं 1:Yes हां <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>
<p>9. Did your child have all these episodes after prolonged standing? क्या आपके बच्चे को ये दौरा काफी देर तक खड़े होने के कारण आते हैं?</p> <p>0: No नहीं 1:Yes हां <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>
<p>10. Does your child has had frequent episodes of “going blank” or lose awareness of his/her surroundings? क्या आपका बच्चा बार - बार भूलता है या बार - बार अपने आसपास के परिवेश से अनभिज्ञ हो जाता है?</p> <p>0: No नहीं 1:Yes हां <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>
<p>11. Did your child ever have ANY of the following? क्या आपके बच्चे को निम्नलिखित में से कुछ हुआ है?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sudden and unexplained episodes of falling to the ground जमीन पर गिरने की अचानक एवं unexplained घटनाएं • Sudden head drop अचानक सिर में चक्कर आना • Sudden jerking movement with bending of body शरीर को मोड़ते ही अचानक से मोच आना <p>0: No नहीं 1:Yes हां <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>
<p>12. Diagnosis निदान Anti Epileptic drug intake* (0:N0 1:Yes)</p> <p>0: No Epilepsy कोई एपिलेप्सी नहीं <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>1: Epilepsy एपिलेप्सी <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>2: Single seizure ** एकल अभिग्रहण <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>9: Indeterminate* <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>

*AED: summary assessment record of CAB (page no 4)

**to be rechecked for other associated NDDs from Summary assessment record of CAB and enter final diagnosis in point 13

13 Final Diagnosis

- 0: No Epilepsy
- 1: Epilepsy
- 9: Indeterminate

Epilepsy

- Response to *ALL questions 2, 3 and 4* is “1” AND response to *ALL of the questions 5-9* is “0”

AND / OR

- Response to *one of the questions 10 or 11* is 1

No Epilepsy

- Responses to *ALL questions 2, 10 and 11* is “0”

OR

- Response to *questions 1 OR 2* is “1” AND *ANY of 5-9* is “1” and not on Anti Epileptic Drug

OR

- Response to *question 1* is 1 and *2* is 0 And *10,11* are also 0
- If *1* is 1 and *2* is 0 and *10 & 11* are 0 – No Epilepsy

Single Seizure

- Response to *question 2* is “1” AND *question 3* is “0” OR *3* is 1 with *4* is 0 AND response to *all of the question 5-9* is “0”
 - To be rechecked with presence of other associated NDD from summary Assessment record and regrouped for final diagnosis in point 13
 - If any associated NDD classify as Epilepsy
 - If no associated NDD check for Anti epileptic drug intake : If anti epileptic drug being used classified as indeterminate and if no anti epileptic drug being used classify as no epilepsy

Indeterminate

- Response to *questions 1 OR 2* is “1” AND *ANY of 5-9* is “1” and child is on Anti Epileptic Drug he is indeterminate
- In case of single seizures as detailed above