

Richiesta d'esami neurofisiologici OBV

ESAME DESIDERATO (crociare)

Neurofisiologia clinica	Epilettologia	Neurosonologia
<input type="checkbox"/> ENMG (elettroencefalografia)	<input type="checkbox"/> EEG (elettroencefalogramma)	<input type="checkbox"/> DUPLEX-DOPPLER (Precerebrale TSA) <input type="checkbox"/> DUPLEX-DOPPLER Vertebro-basilare distale <input type="checkbox"/> DUPLEX-DOPPLER Transcranico

DATI PAZIENTE (pazienti interni: aggiungere/applicare etichetta)

Cognome e nome:
Data di nascita:
Indirizzo:
Telefono:

ETICHETTA PAZIENTE

- AMB, da convocare
 AMB, esame previsto il / /ore:..... (previo accordo telefonico con il S. di Neurologia)
 DEG (piano, camera): Isolamento: si no
Grado di urgenza esame: subito (su chiamata) in giornata programmabile

DATI CLINICI / INDICAZIONE / SOSPETTO DIAGNOSTICO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Terapia medicamentosa:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data.....

Richiedente (indirizzo completo, n° tel.).....

Copia a (indirizzo completo).....

Per appuntamenti:

☎ 091 811 68 76