

## Richiesta esami neurofisiologici e consulenze neurologiche interne non urgenti – ORBV

### DATI PAZIENTE

Cognome e nome: .....

Data di nascita: .....

Piano e camera di degenza: .....

Medico responsabile (ASS / CC): .....

Classe assic.  privata  semiprivata  comune

Grado di mobilità:  trasferibile presso ambulatorio di Neurologia

paziente allettato / ipomobile

**isolamento**

ETICHETTA PAZIENTE

Ambito Clinico	Tempistica
<input type="checkbox"/> Stroke/Cerebrovascolare <input type="checkbox"/> Epilessia/ Disturbo della vigilanza <input type="checkbox"/> Disturbi del movimento (es: M. Parkinson) <input type="checkbox"/> Nervo-muscolo (Sistema Nervoso Periferico) <input type="checkbox"/> Disturbi cognitivi / Demenza <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Generale/altro (ambito non definito)	<input type="checkbox"/> Da eseguire in giornata se possibile <input type="checkbox"/> Programmabile nelle 48 ore <input type="checkbox"/> Programmabile entro dimissione prevista (data): .....

Neurofisiologia clinica	Epilettologia	Duplex-Doppler
<input type="checkbox"/> Elettroneuromiografia (ENMG) <input type="checkbox"/> Ecografia neuromuscolare <input type="checkbox"/> Potenziali evocati sensitivi (PESS)	<input type="checkbox"/> EEG (elettroencefalogramma) <input type="checkbox"/> EEG di lunga durata	<input type="checkbox"/> Carotidi e vertebro-basilare <input type="checkbox"/> Transcranico <input type="checkbox"/> Arterie temporali

### MOTIVO RICOVERO/ DIAGNOSI RILEVANTI ai fini del consulto

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

### QUESITO NEUROLOGICO (\*obbligatorio)

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

### Terapia rilevante ai fini del consulto:

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

Data..... Medico richiedente (timbro oppure nome e tel.) .....

Inviare la richiesta via e-mail all'indirizzo: [ambulatorioneuropologia.orbv@eoc.ch](mailto:ambulatorioneuropologia.orbv@eoc.ch) ( ☎ 86 23 )