

Richiesta esami neurofisiologici e consulenze neurologiche – ORBV

DATI PAZIENTE

Cognome e nome:

Data di nascita:

Indirizzo:

Recapiti:

Ambito Clinico	Tempistica
<input type="checkbox"/> Stroke/Cerebrovascolare <input type="checkbox"/> Epilessia/ Disturbo della vigilanza <input type="checkbox"/> Disturbi del movimento <input type="checkbox"/> Nervo-muscolo (Sistema Nervoso Periferico) <input type="checkbox"/> Disturbi cognitivi / Memory clinic <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Generale/altro (ambito non definito)	<input type="checkbox"/> A breve <input type="checkbox"/> Non urgente <input type="checkbox"/> Da convocare entro: (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 (TSA) <input type="checkbox"/> Transcranico <input type="checkbox"/> Arterie temporali

MOTIVO E CONTESTO CLINICO

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

Terapia in corso:
--

Data..... Medico richiedente e recapiti.....

Allegare copia della documentazione rilevante

Inviare la richiesta via e-mail all'indirizzo: ambulatorioneuropologia.orbv@eoc.ch (☎ 091 811 86 23)