

Richiesta d'esami neurofisiologici - ORL

ESAME DESIDERATO (crociare) [Tabella esami - dettagli](#)

| Neurofisiologia clinica | Epilettologia | Neurosonologia |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ENMG (elettroencefalografia) Potenziali evocati: <input type="checkbox"/> PEV <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> PESS <input type="checkbox"/> Pudendo <input type="checkbox"/> PEM | <input type="checkbox"/> EEG (elettroencefalogramma) <input type="checkbox"/> EEG dopo deprivazione di sonno <input type="checkbox"/> VIDEO-COMPUTER EEG lunga durata <hr/> Esami idoneità alla guida con simulatore <input type="checkbox"/> Valutazione vigilanza/attenzione con simulatore di guida <input type="checkbox"/> Valutazione cognitiva con simulatore di guida | <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): classe privata semiprivata comune
 Grado di disabilità: autonomo parzialmente autonomo non autonomo **isolamento**

DATI CLINICI / INDICAZIONE / SOSPETTO DIAGNOSTICO

.....

Terapia medicamentosa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data.....
Richiedente (indirizzo completo, n° tel.)
 Copia a (indirizzo completo).....

Richieste interne: inviare la richiesta via e-mail o consegnarla al segretariato di neurologia OCL (NSI, pianterreno)
 Richiesta esterne: inviare la richiesta via fax al n°091/811 69 15

Per appuntamenti:

EMNG ☎091 811 69 21 **Duplex-Doppler** ☎091 811 69 30/29 **Altri appuntamenti** ☎ 091 811 68 68