

---

## Annuncio paziente servizio di Neuropediatria

---

[neurologia.pediatrica@eoc.ch](mailto:neurologia.pediatrica@eoc.ch)

Data richiesta

Tel. + 41 (0)91 811 91 95

### Dati Paziente

Nome\*

Cognome\*

Sesso\*

Data di nascita\*

Indirizzo\*

CAP\*

Luogo\*

Medico inviante

O valutazione richiesta da?

Medico curante

Se diverso dal medico inviate

Nome rappresentante legale

Necessità di interprete? Se sì che lingua?

E-mail genitore/tutore

Telefono 1 / telefono 2\*

### Richiesta consulto

- Consulto neuropediatrico
- Valutazione neuropsicologica / logopedica

### Motivo della richiesta

Firma/timbro:

**Informazioni per richiesta consulto**

Domanda\*

Diagnosi / diagnosi secondarie\*

Anamnesi\*

Esami eseguiti finora

Servizi o altri professionisti coinvolti\*

Es: SMP, SAR, ARP, etc

Urgente  Non urgente

1° valutazione  o rivalutazione

CLICK PER INVIARE DIRETTAMENTE ALL'E-MAIL [neurologia.pediatrica@eoc.ch](mailto:neurologia.pediatrica@eoc.ch)

**Per favore allegare: percentili ed eventuali esami precedenti; rapporti di terapisti, valutazioni cognitive, di ergoterapia, di logopedia e rapporti scolastici, etc)**

**\*Sono obbligatorie**