

Richiesta esami neurofisiologici ORBV

ESAME DESIDERATO (crociare)

Neurofisiologia clinica	Epilettologia	Neurosonologia
<input type="checkbox"/> ENMG (elettroneuromiografia)	<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:

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

ETICHETTA PAZIENTE

DATI CLINICI / INDICAZIONE / SOSPETTO DIAGNOSTICO

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

Terapia farmacologica:

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

Data.....

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

Copia a (indirizzo completo).....

Allegare copia della documentazione rilevante

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