



Centre neurologique William Lennox

Fondation d'utilité publique

Secteur médico-technique



Service de neurophysiologie clinique
Dr F. Lienard

Ottignies-Louvain-La-Neuve

Dr R. El Tahry
Dr S. Ferrao Santos
Prof. K. van Rijckevorsel
Dr P. Vrielynck

Demande d'examen EEG/EEG de 24h ambulatoire

nom, prénom:

date de naissance:

Type d'enregistrement demandé:

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> EEG standard | <input type="checkbox"/> +EMG | <input type="checkbox"/> vidéo indispensable |
| <input type="checkbox"/> EEG de sieste | | |
| <input type="checkbox"/> EEG de 24h | <input type="checkbox"/> EEG de 48h | <input type="checkbox"/> EEG au finish |

Renseignements cliniques:

- diagnostic principal:
- motif de l'examen: diagnostic syndromique ou du type de crise
 suivi, évaluation thérapeutique
autre, à préciser:

Traitement en cours:

Renseignements pratiques:

- | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| degré d'autonomie: | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> chaise | <input type="checkbox"/> lit |
| agitation: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
| patient infecté: | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | |
- autres éléments à signaler (troubles du comportement, énurésie,...):

Durée estimée de l'hospitalisation: