



Dr C. Bonnier  
Dr S. Boulvin  
Dr D. Delaby (Médecin hospitalier)  
Dr C. De Vos (Médecin hospitalier)  
Dr J. Dreessen  
Dr P. Faveron (Pédopsychiatre)  
Dr G. Gilbert  
Dr C. Gobert  
Dr B. Guyon (Médecin hospitalier)  
Dr E. Nicolai  
Dr P. Vrielynck (Epileptologie)

**DEMANDE TÉLÉMÉTRIE EN PÉDIATRIE**  
**(MONITORING EEG VIDEO PROLONGÉ EN HOSPITALISATION)**

Coordonnées du patient	Coordonnées du médecin envoyeur:
nom, prénom du patient:	nom, prénom:
date de naissance:	
adresse:	
téléphone:	
e-mail:	e-mail:

**Pour les patients non suivis au CHN William Lennox, prière de joindre à la présente demande les éléments pertinents du dossier (traitement actuel, antécédents relevant, affection actuelle,...) ainsi que les bilans paramédicaux réalisés antérieurement.**

**Renseignements cliniques:**

- diagnostic principal:
- motif de la demande:  diagnostic syndromique ou du type de crise

enregistrement de crises bilan préchirurgical

suivi, évaluation thérapeutique

autre, à préciser:

- durée estimée nécessaire:  24h  48h  une semaine

autre, à préciser:

Modalités de prise en charge

- sevrage médicamenteux: OUI - NON
- particularités pour le nursing:
  - patient pédiatrique
  - patient dépendant pour les activités quotidiennes
  - matériel particulier
  - autre, à préciser:

(selon le motif de votre demande, le service de Neurophysiologie clinique du CNWL pourra modifier la durée estimée nécessaire)

#### Bilans demandés:

maximum 4 types de testings réalisés en 2 jours

neuropsychologie:  QI  attentionnel-exécutif

logopédie:  langage écrit  langage oral  logico-math

psychologie  psychomotricité\*

ETP

\* si réalisable lorsque l'EEG est ôté

#### Hospitalisation de relais à plus long terme si nécessaire souhaitée:

oui  non

#### Traitement en cours:

#### Allergies:

#### Régime alimentaire (préciser):

Pour les patients non suivis au CHN William Lennox, prière de joindre à la présente demande les éléments pertinents du dossier (traitement actuel, antécédents relevant, affection actuelle,...) ainsi que les bilans paramédicaux réalisés antérieurement.

**à envoyer par fax au secrétariat de neuropédiatrie (010/430.254)  
ou par mail (telemetry.secmed@chnwl.be)**

*cadre réservé au service de Neurophysiologie clinique*

*date de réception de la demande:*

*durée estimée de l'hospitalisation:*