|  |
| --- |
| **Dr N. Lejeune, *Neurologue, référent de service***Dr T. Deltombe, *Spécialiste en Médecine physique*Dr J. Dreessen, *Neurologue*Dr A. Frédérick*, Neurologue, directrice médicale*Dr A. Gemine, *Médecin hospitalier*Dr B. Lecomte, *Psychiatre*Dr C. Malghem, *Spécialiste en Médecine physique*Dr B. Pierson, *Médecin hospitalier*Dr F. Saussu, *Neurologue*Dr B. Thiry, *Médecin hospitalier*Dr T. Willemart, *Neurologue* |

**DEMANDE TÉLÉMÉTRIE
(Monitoring EEG vidéo prolongé en hospitalisation)**

Ottignies-Louvain-La-Neuve, le [[DATE\_JOUR:01]]

|  |
| --- |
| Patient : [[ADMIN\_PAT\_NOM\_MAJ:01]], [[ADMIN\_PAT\_PRENOM:01]] ([[ADMIN\_PAT\_NUMADIN:01]])Date de naissance : [[ADMIN\_PAT\_DATNAISS:01]]NISS : [[ADMIN\_PAT\_NISS:01]]Adresse : [[ADMIN\_PAT\_DOMICILE\_RUE:01]] [[ADMIN\_PAT\_DOMICILE\_COMMUNE:01]]Téléphone : [[ADMIN\_PAT\_TELEPHONE:01]] |

**Renseignements cliniques :**

* Diagnostic principal : ....................
* Motif de l'examen : [ ]  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 : ..........
* Traitement en cours : ..........
* Allergie : ..........
* Régime alimentaire : ..........

**Projet de soins établi :**

|  |
| --- |
| [ ]  Soins maximaux, en ce compris réanimation cardio-pulmonaire[ ]  Soins maximaux, y compris soins intensifs, mais pas de réanimation cardio-pulmonaire[ ]  Transfert en hôpital général si besoin, par exemple pour bilan, mais pas de soins intensifs[ ]  Traitement uniquement au CHNWL, sans transfert en hôpital général[ ]  Pas d'instauration de traitement curatif, mais maintien des thérapeutiques habituelles[ ]  Exclusivement soins de confort, traitement symptomatique, palliatif |

**Modalités de prise en charge :**

* Sevrage médicamenteux : OUI – NON
* Accompagnant indispensable : OUI – NON
* Particularités pour le nursing :
 [ ]  patient pédiatrique
 [ ]  patient dépendant pour les activités quotidiennes
 [ ]  matériel particulier
 [ ]  autre, à préciser : ..........

**Bilans complémentaires :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Bilan neuropsychologique | [ ]  Psychiatrie | [ ]  Ergothérapie  | [ ]  Logopédie  |
| [ ]  Pédagogie | [ ]  Kinésithérapie | [ ]  ETP  | [ ]  Biologie sanguine |

En cas de demande psychiatrique, veuillez préciser les éléments suivants :

1. Motif de la demande et attentes par rapport à l'entretien psychiatrique :
.................................................................................................................
2. Antécédents psychiatriques importants :
.................................................................................................................
3. Opération chirurgicale envisagée : OUI – NON
	1. Si OUI : patient prévenu : OUI – NON
4. Hypothèse de crises non-épileptiques : OUI – NON
	1. Si OUI : patient prévenu : OUI – NON

En cas de demande neuropsychologique, veuillez préciser les éléments suivants :

1. Motif de la demande et attentes par rapport au bilan :
.................................................................................................................
2. Antécédents relevants, limitations par rapport au bilan :
.................................................................................................................
3. Opération chirurgicale envisage: OUI – NON
	1. Si OUI : patient prévenu : OUI – NON

En cas de demande ETP, veuillez préciser les éléments suivants :

1. Motif de la demande :
.................................................................................................................

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

[ ]  OUI [ ]  NON

**Résultats :**

[ ]  Sortie d’hospitalisation [ ]  En consultation

**Pour les patients non suivis au CHN William Lennox, prière de joindre à la présente demande les éléments pertinents du dossier (traitement actuel, antécédents relevants, affection actuelle, …).**

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

[[USER\_NAME:01]]
[[USER\_INAMI:01]]