

## Demande d'examen électroencéphalographique - EEG

<https://www.hug.ch/neurologie/unite-depileptologie>

<b>Patient:</b>	Nom :				
	Prénom :				
	Sexe :	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>		
	Date naissance :		Assurance (obligatoire) :		
	Adresse :				
	*Localité :				
	N° de tél. :				
	N° de natel :				
<p>* Attention : si le/la patient/e est domicilié/e hors du canton de Genève, une <u>garantie de paiement pour hospitalisation extracantonale</u> doit être demandée <u>au préalable</u> au médecin cantonal du canton de domicile du/de la patient(e). Formulaire téléchargeable sur <a href="https://www.hug.ch/neurologie/unite-depileptologie">https://www.hug.ch/neurologie/unite-depileptologie</a></p>					
<b>Médecin demandeur :</b>	Nom :				
	Prénom :				
	Adresse :				
	Localité :				
	N° de tél. :				
	N° de fax :				
<b>Type d'EEG :</b>	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Privation de sommeil	<input type="checkbox"/> Sieste	<input type="checkbox"/> Nuit	<input type="checkbox"/> longue durée
<b>Délai :</b>	<input type="checkbox"/> Dès que possible	<input type="checkbox"/> Urgent	Date souhaitée :		
<b>Collaboration :</b>	<input type="checkbox"/> Adéquate	<input type="checkbox"/> Difficile	Remarques :		
<b>Interprète :</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Langue :		
<b>Matériel sur cuir chevelu :</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Description :		
<b>Traitement antiépileptique :</b>					
<b>Traitement sédatif /psychotrope :</b>					
<b>Allergies :</b>					
<b>Renseignements cliniques et antécédents</b>					
<b>Question posée :</b>					