

Demande d'examen électroencéphalographique - EEG

Formulaire téléchargeable sur <http://epilepsie.hug-ge.ch/>

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

Merci de faxer le formulaire au +41 22 372 83 40 ou de l'envoyer par e-mail à : eeg-pre-chir-pes@hcuge.ch