

**Demande de réalisation d'un examen ELECTROENCEPHALOGRAPHIQUE**

*Les demandes faxées doivent être écrites au stylo noir au 03.26.70.38.12*

<b><u>Médecin Prescripteur :</u></b>	<b><u>Identité du patient :</u></b>  <i>Etiquette autocollante ou Nom-Prénom- date de naissance :</i>
<b><u>Service Demandeur et N° de Téléphone :</u></b>	<b>Rendez-vous en :</b> <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Externe

**Motif de la demande :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Syndrome confusionnel                     | <input type="checkbox"/> Autre (précision) : |
| <input type="checkbox"/> Bilan de malaises                         |  |
| <input type="checkbox"/> Bilan de troubles cognitifs               |  |
| <input type="checkbox"/> Suivi d'une pathologie épileptique connue |  |
| <input type="checkbox"/> Mise en place d'un traitement par Lithium |  |
| <input type="checkbox"/> Réalisation d'une ECT                     |  |

**Renseignements cliniques :**

- **Antécédents (médicaux, neurologiques en particulier) :**
  
- **Traitement :**
  
- **Résultats d'imagerie cérébrale récente (TDM, IRM) :**
  
- **Tableau clinique actuel :**

**DATE :**

**Signature du prescripteur :**

---