DEMANDE D'EXAMEN ÉLECTROPHYSIOLOGIE NEURO ADULTE-PED

SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER À L'ACCUEIL DE L'ÉLECTROPHYSIOLOGIE MÉDICALE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL

Rendez-vous en électrophysiologie CHU de Québec UL

HEJ (Externe) (418) 649-5575 – HEJ (Hospitalisé) (418) 649-5907 - HSS (418) 682-7598 - HDQ (418) 691-5186 - HSFA (418) 525-4169 - CHUL ped (418) 654-2725

PROVENANCE DE LA DEMANDE | **MOBILITÉ** | **LIEU DE L'EXAMEN**

☐ Hospitalisé ☐ Urgence | ☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant | ☐ Première disponibilité

☐ Externe ☐ Pré-op | ☐ Civière ☐ Au chevet | ☐ HEJ ☐ HSFA ☐ HDQ ☐ HSS ☐ CHUL

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES : ☐ Non ☐ Oui ☐ Demande envoyer en région : _____

Si oui, préciser : ☐ Aérienne ☐ Gouttelettes/ contact ☐ Contact ☐ Contact renforcé ☐ Autre : _____

NIVEAU DE PRIORITÉ DE L'EXAMEN - MSSS - Obligatoire **DATE D'IMPRESSION :**

☐ Urgent (0 à 24 heures) **Pour EEG Seulement si :**
- Suspicion status épilepticus actif
- Altération état conscience persistante (potentiellement nature ictale)
- Symptômes neurologies focaux persistants (potentiellement de nature ictale)

☐ PA (1-3 jours) ☐ PB (4 à 10 jours) ☐ PC (11 à 28 jours) ☐ PD (moins de 3 mois) ☐ PE (6 mois) ☐ PE (12 mois)

☐ Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) - Obligatoire

ÉLECTROPHYSIOLOGIE MÉDICALE

☐ EEG avec électrodes zygomatiques Âge gestationnel : _____ (semaines)

☐ EEG sous sommeil

☐ EEG Monitoring Nombre d'heure(s) : _____ Nombre de jour(s) : _____

☐ Test de latence multiple du sommeil (MSLT) (HEJ seulement) ☐ Test de maintien de vigilance (TIME ou TMV) (HEJ seulement)

Potentiel Évoqué : ☐ PEV ☐ PEA ☐ PES (Membres supérieurs) ☐ PES (Membres inférieurs)

☐ VNG HDQ : (418) 691-5377 HEJ (Externe) : (418) 649-5575

☐ Tympans normaux ☐ Perforation droite ☐ Perforation Gauche

IMAGERIE MÉDICALE (HEJ seulement)

☐ **DOPPLER DES CAROTIDES (artères du cou)** (**HEJ seulement : Usager Externe :** (418) 649-5575 **Usager Hospitalisé** : (418) 649-5907)

SVP indiquer si :

☐ ICT/AVC : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

☐ Endartériectomie : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____ ☐ Droit ☐ Gauche

☐ Stent : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____ ☐ Droit ☐ Gauche

☐ **DOPPLER TRANSCRÂNIEN**

☐ SÉRIÉ (HSA/ Vasospasmes) ☐ UNIQUE (Ex : éval. Collatérales, Anémie Falciforme, etc…)

INDICATION(S) CLINIQUE(S) : _____

_____

_____

MÉDECIN DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____ Nº de permis : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

Signature : _____ CC : _____

Réinitialiser Imprimer