

## DEMANDE D'EXAMEN ÉLECTROPHYSIOLOGIE NEURO ADULTE-PED

<b>Centre de rendez-vous en imagerie médicale et électrophysiologie CHU de Québec UL (418) 682-7772</b> <i>HEJ (418) 649-5907 - HSS (418) 682-7598 - HDQ (418) 691-5186 - HSFA (418) 525-4169 - CHUL (418) 654-2268 - CHUL ped (418) 654-2725</i>			
<b>PROVENANCE DE LA DEMANDE</b>		<b>MOBILITÉ</b>	
<input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Pré-op		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Au chevet	
<b>LIEU DE L'EXAMEN</b>			
<input type="checkbox"/> Première disponibilité <input type="checkbox"/> HEJ <input type="checkbox"/> HSFA <input type="checkbox"/> HDQ <input type="checkbox"/> HSS <input type="checkbox"/> CHUL			
<b>PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Demande envoyer en région : _____ Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Aérienne <input type="checkbox"/> Gouttelettes/ contact <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Contact renforcé <input type="checkbox"/> Autre : _____			
<b>NIVEAU DE PRIORITÉ DE L'EXAMEN - MSSS - Obligatoire</b>			<b>DATE D'IMPRESSION :</b>
<input type="checkbox"/> Urgent (0 à 24 heures) <b>Pour EEG Seulement si :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suspicion status épilepticus actif</li> <li>Altération état conscience persistante (potentiellement nature ictale)</li> <li>Symptômes neurologies focaux persistants (potentiellement de nature ictale)</li> </ul>			
<input type="checkbox"/> PA (1-3 jours) <input type="checkbox"/> PB (4 à 10 jours) <input type="checkbox"/> PC (11 à 28 jours) <input type="checkbox"/> PD ( moins de 3 mois) <input type="checkbox"/> PE (6 mois) <input type="checkbox"/> PE (12 mois)			
<input type="checkbox"/> Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____			
<b>EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) - Obligatoire</b>			
<b>ÉLECTROPHYSIOLOGIE MÉDICALE</b>			
<input type="checkbox"/> EEG avec électrodes zygomatiques <input type="checkbox"/> EEG sous sommeil <input type="checkbox"/> EEG Monitoring    Nombre d'heure(s) : _____    Nombre de jour(s) : _____		Âge gestationnel : _____ (semaines)	
<input type="checkbox"/> Test de latence multiple du sommeil (MSLT) (HEJ seulement)		<input type="checkbox"/> Test de maintien de vigilance (TIME ou TMV) (HEJ seulement)	
<input type="checkbox"/> VNG * <b>Renseignements obligatoires</b> <input type="checkbox"/> Tympan normaux <input type="checkbox"/> Perforation Droite <input type="checkbox"/> Perforation Gauche			
<b>IMAGERIE MÉDICALE (HEJ seulement)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>DOPPLER DES CAROTIDES (artères du cou)</b> (HEJ seulement : Usager Externe : (418) 649-5575 Usager Hospitalisé : (418) 649-5907) SVP indiquer si :			
<input type="checkbox"/> ICT/AVC : _____    Date (aaaa/mm/jj) : _____		<input type="checkbox"/> Endartériectomie : _____    Date (aaaa/mm/jj) : _____	
<input type="checkbox"/> Stent : _____    Date (aaaa/mm/jj) : _____		<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> <b>DOPPLER TRANSCRÂNIEN</b> <input type="checkbox"/> SÉRIÉ (HSA/ Vasospasmes) <input type="checkbox"/> UNIQUE (Ex : éval. Collatérales, Anémie Falciforme, etc...)			
<b>INDICATION(S) CLINIQUE(S) :</b> _____ _____ _____			
<b>MÉDECIN DEMANDEUR</b>			
Nom : _____    Prénom : _____		N° de permis : _____    Date (aaaa/mm/jj) : _____	
Signature : _____		CC : _____	