

DEMANDE D'EXAMEN ÉLECTOPHYSIOLOGIE NEURO ADULTE-PED

Centre de rendez-vous en imagerie médicale et électrophysiologie CHU de Québec UL (418) 682-7772

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

PROVENANCE DE LA DEMANDE

MOBILITÉ

LIEU DE L'EXAMEN

- Hospitalisé Urgence Ambulant Fauteuil roulant Première disponibilité
 Externe Pré-op Civière Au chevet HEJ HSFA HDO HSS CHUL

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES : Non Oui Demande envoyée en région :

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

NIVEAU DE PRIORITÉ DE L'EXAMEN - MSSS - *Obligatoire*

DATE D'IMPRESSION :

PA (1-3 jours) PB (4 à 10 jours) PC (11 à 28 jours)

Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____

EXAMEN(S) DEMANDE(S) - Obliga

- 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)
 VNG * **Renseignements obligatoires** Tympons normaux Perforation Droite Perforation Gauche

IMAGERIE MÉDICALE (HEI seulement)

- DOPPLER DES CAROTIDES (artères du cou) (HES 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) : _____

Stent : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

DOPPI ER 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 : _____