

Patient

Nom _____
 Prénom _____
 Rue _____
 NP / Lieu _____
 Date naiss. _____ Sexe _____
 N° AVS _____
 Téléphone _____
 Mail _____

Destinataire

GLN _____ RCC _____
 Mail _____

Assurance

Adresse _____

 GLN _____

Loi/Case

Motif du traitem. _____
 Loi _____
 N° d'assuré _____
 N°/Date d'acc. _____

Date de l'examen

urgente Patient se présente Prendre rendez-vous dès le _____
 Rendez-vous pris le _____ :: _____

Examen demandé

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consilium neurologique | <input type="checkbox"/> Électroencéphalographie (EEG) | <input type="checkbox"/> Potentiels évoqués visuels (PEV) |
| <input type="checkbox"/> Ponction du liquide céphalo-rachidien | <input type="checkbox"/> Électroneuromyographie (ENMG) | <input type="checkbox"/> Potentiels Évoqués Sensibles (PES) |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | <input type="checkbox"/> Pulsoxymétrie nocturne | <input type="checkbox"/> Échographie duplex neurovasculaire |

Anamnèse / Indication / Question

Si vous avez des problèmes d'espace, vous pouvez utiliser la page suivante

Médecin

Médecin = médecin de famille

Mail _____
 GLN _____ RCC _____
 Tél. _____

Médecin de famille

Copie des résultats au médecin de fam.

Mail _____
 GLN _____ RCC _____
 Tél. _____

Date

Transmission électronique

Remarques