

# Ospedale G. B. GRASSI

Servizio di Neurologia  
Sezione di Neurofisiopatologia

**Esame E E G**

N. ....

e p. ....

Reparto .....

Cognome e Nome ..... anni

Notizie cliniche .....

.....

.....

Terapia in atto: .....

Altri esami: .....

Data ..... *Il Medico* .....

## RELAZIONE ELETTROENCEFALOGRAFICA

Collaborazione .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mod. 223 - Rotostampa group srl

*Data*

*Il Tecnico NFP*

*Il Neurologo*