ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3
Presidio Ospedaliero Unico Grassi-CPO

REGIONE LAZIO

NEUROLOGIA
Sezione Neurofisiopatologia

Reparto richiedente: ..... DATA RICHIESTA: .....

Cognome e Nome ..... data di nascita .....

Notizie cliniche .....

.....

.....

.....

Terapia in atto: .....

Altri esami: .....

Il Medico .....

RICHIESTA ESAMI D ˙NEUROFISIOPATOLOGIA

☐ EEG standard

☐ EEG da sonno

.....

.....

.....

.....

☐ Potenziali Evocati

☐ Somatosen~~soriali~~ (SOMATOSENSITIVI) arti sup. ☐ arti inf. ☐

☐ Acustici

☐ Visivi

☐ Elettroneuromiografia arti sup. ☐ arti inf. ☐

Richiesta pervenuta il ..... ore .....

Mod. 224