



CHCVs, Hôpital de Sion, Case postale 736, CH-1951 Sion

Hôpital d'Aigle  
A l'attention des médecins du  
Service de Pédiatrie  
1860 Aigle

Sion, le 2 mars 2012/cm

**Demande d'examen EEG auprès de notre établissement**

Docteurs,

Nous avons le plaisir de vous adresser une cinquantaine de formulaires pour vos demandes d'EEG relatives à vos petits patients et vous laissons le soin de compléter ce document, **de le faxer au 4438**, afin qu'un rendez-vous vous soit communiqué au plus vite.

Si votre stock de formulaires devient insuffisant, sur simple demande de votre part, c'est bien volontiers que nous vous en ferons parvenir.

Avec nos meilleures salutations.

Le secrétariat médical  
de Neurologie Ambulatoire

Christiane Müller

Annexes ment.

Département de médecine  
interne

Service de neurologie  
T 027 603 40 89  
F 027 603 44 38

Prof. Joseph-André Ghika  
Médecin chef du service

Dr Didier Genoud  
Médecin adjoint

Dr Jean-Pierre Marcoz  
Médecin chef de pédiatrie  
Neuropédiatre

Secrétariats  
T 027 603 40 30  
Hospitalisations  
T 027 603 87 49 Ambulatoire

Explorations  
neurovasculaires  
T 027 603 86 22 Technicien  
T 027 603 41 98/99 Secrétariat

Electrophysiologie  
EEG/ENMG  
T 027 603 86 85 Infirmière  
T 027 603 87 49 Secrétariat

Ce formulaire peut être rempli par traitement de texte ou de manière manuscrite.  
 Le transmettre par fax : 027 603 4438 et le rendez-vous vous sera communiqué.

Secrétariat (étage C) : ☎ 027 603 4089  
 EEG : bip 027 603 8685

Demandeur :  
 Tél. :  
 Site :  
 Service / étage :  
 Médecin traitant :

Nom :  
 Prénom :  
 Date de naissance :  
 N° du patient :  
*Ou coller le dito ici*

➤ **DEMANDE**

Consilium neurologique

Examens complémentaires :

|   |   |  |
|---|---|--|
| EEG <input type="checkbox"/>                                    | <b>Potentiels évoqués</b>   | <b>Doppler</b>                             |
| Après privation de sommeil <input type="checkbox"/>             | Somatosomesthésiques <input type="checkbox"/>                                   | Carotidovertébral <input type="checkbox"/> |
|   | Moteurs <input type="checkbox"/>  | Transcrânien <input type="checkbox"/>      |
| <b>Ponction lombaire</b> <input type="checkbox"/>               | Auditifs <input type="checkbox"/>   | Autre <input type="checkbox"/>             |
|   | Visuels <input type="checkbox"/>  |  |
| <b>ENMG</b> (Electro Neuro Myographie) <input type="checkbox"/> |   |  |
| ACO ou liquémine full-dose en cours <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, dernier INR : |  |
| Aspirine® ou Asasantine® <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                       |  |
| Plavix® <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                       |  |

➤ **DELAI SOUHAITE :**

Urgent

RDV pris pour le / / 20 à heures

➤ **DONNEES CLINIQUES :**

**Plaintes / Motif de l'examen :**

**Diagnostics :**

**Questions :**

**Médicaments en cours** :(sédatifs, antiépileptiques en particulier)