

Demande d'examen de Potentiels Evoqués - PE

<https://www.hug.ch/neurologie/unite-depileptologie>

Patient:	Nom :			
	Prénom :			
	Sexe :	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
	Date naissance :		Assurance (obligatoire) :	
	Adresse :			
	*Localité :			
	N° de tél. :			
	N° de natel :			
<p>* Attention : si le/la patient/e est domicilié/e hors du canton de Genève, une <u>garantie de paiement pour hospitalisation extracantonale</u> doit être demandée <u>au préalable</u> au médecin cantonal du canton de domicile du/de la patient(e). Formulaire téléchargeable sur https://www.hug.ch/neurologie/unite-depileptologie</p>				
Médecin demandeur :	Nom :			
	Prénom :			
	Adresse :			
	Localité :			
	N° de tél. :			
	N° de fax :			
Type de Potentiel évoqués :	<input type="checkbox"/> PES <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> PEV		
Délai :	<input type="checkbox"/> Dès que possible	<input type="checkbox"/> Urgent	Date souhaitée :	
Collaboration :	<input type="checkbox"/> Adéquate	<input type="checkbox"/> Difficile	Remarques :	
Interprète :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Langue :	
Matériel sur cuir chevelu :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Description :	
Traitement antiépileptique :				
Traitement sédatif /psychotrope :				
Allergies :				
Renseignements cliniques et antécédents				
Question posée :				

Merci de **faxer** le formulaire au **+41 22 372 83 40** ou de l'envoyer par e-mail à : epi-secretariat@hcuge.ch