Effacer | Imprimer | Enregistrer

NEUROPHYSIOLOGIE CLINIQUE

DT9096

Électroencéphalogramme :
Éveil ☐ Sommeil ☐

Électromyogramme ☐
Échoencéphalogramme ☐
Consultation ☐

Potentiels évoqués :

Visuel ☐
Auditif ☐
Somesthésique ☐

DIAGNOSTIC

BUT DE L'ÉTUDE

Signature du médecin traitant _____ Date _____

EXAMEN	DATE (Année Mois Jour)	N° D'EXAMEN

Signature du médecin

Date (Année Mois Jour)

Pointer s'il y a suite sur une 2e formule ☐