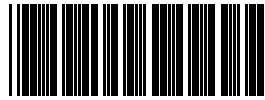


NEUROPHYSIOLOGIE CLINIQUE



DT9096

Électroencéphalogramme : Éveil <input type="checkbox"/> Sommeil <input type="checkbox"/>	Potentiels évoqués :
Électromyogramme <input type="checkbox"/>	Visuel <input type="checkbox"/>
Échoencéphalogramme <input type="checkbox"/>	Auditif <input type="checkbox"/>
Consultation <input type="checkbox"/>	Somesthésique <input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC

BUT DE L'ÉTUDE

Signature du médecin traitant _____

Date _____

EXAMEN

DATE

N° D'EXAMEN

Année Mois Jour

	Année	Mois	Jour	
Signature du médecin	_ _	_	_	Pointer s'il y a suite sur une 2 ^e formule <input type="checkbox"/>