Santé
et Services sociaux
Québec

NEUROPHYSIOLOGIE CLINIQUE

Établissement :

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

Année Mois Jour
Date

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