



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
NEUROLOGIA
NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

Hospital: Enfermaria: Leito: Apto:

DÍGITO TERMINAL	CRON - DALFA				SEXO M F	FOLHA Nº
HBB – HSVP - HRS	INIC. NOME	DIA	MÊS	ANO		
NOME: _____						

PEDIDO DE EXAME

EEG

Potencial evocado – Modalidade:

Indicação: (Resumo dos elementos clínicos que justificam o exame) _____

Deseja alguma investigação especial? _____

Tratamento: (medicamentos atuais) _____

Data:
/ /

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

RESULTADO

LAUDO:

CONCLUSÃO:

DATA:

/ /

Médico:

Assinatura e Carimbo