**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΒΑΡΟΣ: ΥΨΟΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

E-MAIL:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΙΑΤΡΕΙΟ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

E-MAIL:

Εξέταση για την οποία παραπέμπεται ο ασθενής (ΗΜΓ, ΗΝΓ, εξέταση επαναληπτικών ερεθισμών ή άλλη):

Κλινικό ερώτημα (πιθανή διάγνωση / διαφοροδιάγνωση):

Σύντομο ιστορικό ασθενούς (συμπεριλαμβανομένου κληρονομικού ιστορικού):

Συμπτώματα και κατανομή:

Αντικειμενική νευρολογική εξέταση:

Α.Μυϊκή ισχύς:

Β.Τενόντια αντανακλαστικά:

Γ. Επιπολής αισθητικότητα:

Δ. Εν τω βάθει αισθητικότητα:

Ε. Λοιπά σημεία:

Προηγούμενος νευροφυσιολογικός έλεγχος (τόπος διεξαγωγής, περίληψη πορίσματος και επισύναψη αντιγράφου της εξέτασης):

Λοιπές σχετιζόμενες παρακλινικές εξετάσεις (όπως πορίσματα MRI ΟΜΣΣ, CPK στον ορό, αντισώματα μυασθένειας κλπ.)

Η ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΦΟΡΜΑ ΘΑ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΣΤΟ emgeginitio@eginitio.uoa.gr

ΚΑΙ ΘΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΓΙΑ ΝΑ ΚΛΕΙΣΤΕΙ ΡΑΝΤΕΒΟΥ