



SOLICITAÇÃO DE EXAME ELETROENCEFALOGRÁFICO

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME:

IDADE:	SEXO: M F	PROCEDÊNCIA:	FF:
VIGÍLIA: SIM NÃO	SONO: SIM NÃO	MEDICAÇÃO:	ÚLTIMA CRISE:

2 - DESCRIÇÃO

EPILEPSIA:	SIM NÃO	CONVULSÃO FEBRIL:	SIM NÃO
CRISES PARCIAIS SIMPLES:	MOTORA SENSITIVA AUTÔNOMICA PSÍQUICA		
CRISES PARCIAIS COMPLEXAS:	SEM AUTOMATISMOS COM AUTOMATISMOS		
CRISES GENERALIZADAS:	AUSÊNCIA AUSÊNCIA ATÍPICA MIOCLÔNICA TÔNICA		
	CLÔNICA TÔNICO - CLÔNICA ATÔNICA		

OUTRAS CRISES: (DESCREVER ABAIXO)

3 - QUADRO CLÍNICO

4 - DESCRIÇÃO DO EXAME NEUROLÓGICO

5 - ETIOLOGIA

NEOPLASIA DEGENERATIVA MALFORMAÇÃO CONGÊNITA VASCULAR TÓXICO - METABÓLICA
OUTROS: _____

6 - EXAMES REALIZADOS

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	SPECT	EEG
NORMAL ALTERADO	NORMAL ALTERADO	NORMAL ALTERADO	NORMAL ALTERADO

Campinas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO E CRM