|  |
| --- |
| **Dr N. Lejeune, *Neurologue, référent de service***  Dr T. Deltombe, *Spécialiste en Médecine physique*  Dr J. Dreessen, *Neurologue*  Dr A. Frédérick*, Neurologue, directrice médicale*  Dr A. Gemine, *Médecin hospitalier*  Dr B. Lecomte, *Psychiatre*  Dr C. Malghem, *Spécialiste en Médecine physique*  Dr B. Pierson, *Médecin hospitalier*  Dr F. Saussu, *Neurologue*  Dr B. Thiry, *Médecin hospitalier*  Dr T. Willemart, *Neurologue* |

**DEMANDE TÉLÉMÉTRIE  
(Monitoring EEG vidéo prolongé en hospitalisation)**

Ottignies-Louvain-La-Neuve, le [[DATE\_JOUR:01]]

|  |
| --- |
| Patient : [[ADMIN\_PAT\_NOM\_MAJ:01]], [[ADMIN\_PAT\_PRENOM:01]] ([[ADMIN\_PAT\_NUMADIN:01]])  Date de naissance : [[ADMIN\_PAT\_DATNAISS:01]]  NISS : [[ADMIN\_PAT\_NISS:01]]  Adresse : [[ADMIN\_PAT\_DOMICILE\_RUE:01]] [[ADMIN\_PAT\_DOMICILE\_COMMUNE:01]]  Téléphone : [[ADMIN\_PAT\_TELEPHONE:01]] |

**Renseignements cliniques :**

* Diagnostic principal : ....................
* Motif de l'examen :  diagnostic syndromique ou du type de crise  
    enregistrement de crises bilan préchirurgical  
    suivi, évaluation thérapeutique  
    autre, à préciser : ..........
* Durée estimée nécessaire :  24h  48h  Une semaine  
    autre, à préciser : ..........
* Traitement en cours : ..........
* Allergie : ..........
* Régime alimentaire : ..........

**Projet de soins établi :**

|  |
| --- |
| Soins maximaux, en ce compris réanimation cardio-pulmonaire  Soins maximaux, y compris soins intensifs, mais pas de réanimation cardio-pulmonaire  Transfert en hôpital général si besoin, par exemple pour bilan, mais pas de soins intensifs  Traitement uniquement au CHNWL, sans transfert en hôpital général  Pas d'instauration de traitement curatif, mais maintien des thérapeutiques habituelles  Exclusivement soins de confort, traitement symptomatique, palliatif |

**Modalités de prise en charge :**

* Sevrage médicamenteux : OUI – NON
* Accompagnant indispensable : OUI – NON
* Particularités pour le nursing :  
    patient pédiatrique  
    patient dépendant pour les activités quotidiennes  
    matériel particulier  
    autre, à préciser : ..........

**Bilans complémentaires :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bilan neuropsychologique | Psychiatrie | Ergothérapie | Logopédie |
| Pédagogie | Kinésithérapie | ETP | Biologie sanguine |

En cas de demande psychiatrique, veuillez préciser les éléments suivants :

1. Motif de la demande et attentes par rapport à l'entretien psychiatrique :  
   .................................................................................................................
2. Antécédents psychiatriques importants :  
   .................................................................................................................
3. Opération chirurgicale envisagée : OUI – NON
   1. Si OUI : patient prévenu : OUI – NON
4. Hypothèse de crises non-épileptiques : OUI – NON
   1. Si OUI : patient prévenu : OUI – NON

En cas de demande neuropsychologique, veuillez préciser les éléments suivants :

1. Motif de la demande et attentes par rapport au bilan :  
   .................................................................................................................
2. Antécédents relevants, limitations par rapport au bilan :  
   .................................................................................................................
3. Opération chirurgicale envisage: OUI – NON
   1. Si OUI : patient prévenu : OUI – NON

En cas de demande ETP, veuillez préciser les éléments suivants :

1. Motif de la demande :  
   .................................................................................................................

**Hospitalisation de relais à plus long terme si nécessaire souhaitée :**

OUI  NON

**Résultats :**

Sortie d’hospitalisation  En consultation

**Pour les patients non suivis au CHN William Lennox, prière de joindre à la présente demande les éléments pertinents du dossier (traitement actuel, antécédents relevants, affection actuelle, …).**

(Selon le motif de votre demande, le service de Neurophysiologie clinique du CHNWL pourra modifier la durée estimée nécessaire)

[[USER\_NAME:01]]  
[[USER\_INAMI:01]]