

# PRESCRIPTION D'EXAMEN ELECTROPHYSIOLOGIQUE

COORDONNÉES Psychiatre Prescripteur  
(cachet, numéro INAMI, adresse postale)

CONCERNANT (COORDONNÉES PATIENT\*E)  
(vignette, telephone, adresse postale)

COORDONNÉES MÉDECIN TRAITANT

**LE PATIENT SUSMENTIONNÉ PRÉSENTE** (*précisez le syndrome actuel et le traitement actuel*)

**SYNDROME ACTUEL** (TROUBLE DE L'HUMEUR, TROUBLE ANXIEUX, TROUBLE PSYCHOTIQUE, DÉPENDANCE, TROUBLE DE PERSONNALITÉ, ...)

**TRAITEMENT ACTUEL** (NEUROLEPTIQUE, ANTIDÉPRESSEUR, ANTIÉPILEPTIQUE, ANXIOLYTIQUE, ANTIDOULEUR)

**JE PRESCRIS** (*sélectionnez*)

- ENREGISTREMENT D'UNE BATTERIE DE POTENTIELS ÉVOQUÉS COGNITIFS, SELON DES PARADIGMES DIFFÉRENTS, DANS UN BUT DIAGNOSTIQUE, PRONOSTIQUE OU D'ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE (477632)
- ENREGISTREMENT DE POTENTIELS ÉVOQUÉS COGNITIFS DANS UN BUT DE SUIVI THÉRAPEUTIQUE (477654)
- ÉLECTROENCEPHALOGRAPHIE QUANTITATIVE AVEC 19 CANAUX AU MOINS (477610)

**EXPLORATIONS FONCTIONNELLES SPÉCIFIQUES** ELECTROENCÉPHALOGRAPHIE – EEG ; POTENTIEL ÉVOQUÉ AUDITIF –PEV – ET VISUEL–PEV ; MISMATCH NEGATIVITY – MMN – P300 ; VARIATIONS CONTINGENTES NÉGATIVES –VCN – P50.

**MOTIF DE L'EXAMEN** (*précisez*) (ÉVALUATION DES RESSOURCES ATTENTIONNELLES, AIDE AU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL, AIDE À L'ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE, ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT, ...)

**Date de la prescription**

**Cachet**

**Signature**