



**SOLICITUD DE EXAMEN NEUROFISIOLÓGICO DE SISTEMA NERVIOSO**  
(No se tramitará ninguna solicitud que no esté debidamente cumplimentada)

|   |  |
|---|--|
| ESPACIO RESERVADO PARA LA ETIQUETA                                    | Teléfono/s de contacto:  |
|   | Fecha solicitud:   |
|   | Fecha de revisión en consulta:   |
| Grado de prioridad:   | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Urgente |
| <b>Procedencia solicitud:</b><br>-CENTRO:<br>- UGC:<br>- Facultativo: |  |

**INFORMACIÓN CLÍNICA (imprescindible para tramitar la solicitud)**

A. Resumen de Enfermedad actual y datos clínicos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Tiempo de Evolución: Agudo Subagudo Crónico

C. Exploración neurológica:

| EXPLORACIÓN MOTORA  |   |
|---|---|
| Músculo/s Afectado/s<br>Valore la fuerza muscular (0-5)   | Localización<br>(derecha, izquierda, bilateral) |
|   |   |
| EXPLORACIÓN SENSITIVA   |   |
| <input type="checkbox"/> Parestesias <input type="checkbox"/> Anestesia o hipoestesia <input type="checkbox"/> Dolor<br><b>LOCALIZACIÓN</b> (Escribir o indicar en dibujo): |   |

**TIPO DE EXPLORACIÓN SUGERIDA** (estudio neurofisiológico solicitado):

- ELECTROMIOGRAMA      ELECTRONEUROGRAMA      ELECTROENCEFALOGRAMA
- ESTIMULACIÓN REPETITIVA    BLINK-REFLEX    POTENCIALES EVOCADOS VISUALES: Indicar si: Flash Pattern
- ELECTORRETINOGRAMA: Indicar si: Luz Oscuridad
- POTENCIALES AUDITIVOS: Indicar si: Umbrales Sin Umbrales (estimulación única a 70 dB)
- POTENCIALES SOMATOSENSORIALES: Indicar si: MMSS MMII Pudendo Femorocutáneo
- OTROS: \_\_\_\_\_

**SOSPECHA DIAGNÓSTICA:**