



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviço de Eletroencefalografia

Solicitação de Exame Eletroencefalográfico

1. - Identificação

Nome:

Idade: _____ Sexo: M F _____ Procedência: _____ FF: _____

Vigília: S N _____ Sono: S N _____ Medicação: _____ Última crise: _____

2. - Descrição

Epilepsia _____ Convulsão febril _____

Sim Não _____ Sim Não _____

Crises parciais simples _____

Motora Sensitiva Autonômica 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 _____ Normal Anormal _____

Ressonância magnética _____ Normal Anormal _____

SPECT _____ Normal Anormal _____

EEG _____ Normal Anormal _____

Data _____ Solicitante _____