

.....dnia.....

(pięć jednostki kierujemy)

SKIEROWANIE NA BADANIE EMG/ENG

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Proszę o wykonanie przewodnictwa:

n.pod rękawy: prawy lewy

włókna ruchowe włókna czuciowe

n.łokciowy: prawy lewy

włókna ruchowe włókna czuciowe inching

n. strzałkowy włókna ruchowe: prawy lewy

n. piszczelowy włókna ruchowe: prawy lewy

n.łydkowy włókna czuciowe: prawy lewy

n.strzałkowy powierzchowny: włókna czuciowe prawy lewy

inne.....

proszę o badanie w kierunku:

zespołu cięśni nadgarstka prawy lewy

3 punkty – badanie skrócone (2 x włókna czuciowe, 1 x włókna ruchowe)

4 punkty – badanie pełne (2 x włókna czuciowe, 2 x włókna ruchowe)

inne.....

badanie w kierunku polineuropatii

badanie splotu ramiennego prawy lewy

badanie w kierunku SLA

Proszę o badanie mięśni:

m.mięsień dźwigający I prawy lewy

m.naramienny prawy lewy

m.dwugłowy ramienia prawy lewy

m.piszczelowy przedni prawy lewy

m.prosty uda prawy lewy

inne.....

Ilość zakreśleń (słownie):

podpis i pięć lekarza kierującego

Skierowania wypełnione nieczytelnie lub bez wpisanej słownie liczby zakreśleń nie będą wykonywane.