

..... dnia

Skierowanie na badanie ENG/EMG

Imię i nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania

proszę o wykonanie przewodnictwa:

n.pośrodkowy: 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 cieśni 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**

Badanie mięśni

m.międzykostny I prawy lewy

m.naramienny prawy lewy

m.piszczelowy przedni prawy lewy

m.prosty uda prawy lewy

inne.....
.....

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....