

Referral Letter Form

NEUROPHYSIOLOGY DEPARTMENT
Department Code: 22

NEUROPHYSIOLOGY LABORATORY
Head of Lab: Andreas Koupparis

PATIENT DETAILS

Patient Name: _____				CING No.: _____	
Address: _____				ID Number: _____	
Town/Village: _____				GeSY Benef. Code: _____	
District: _____		Postal Code: _____		Hosp. Card No.: _____	
Tel Home: _____	Tel Work: _____	Date of Birth: _____	Gender: _____	Hosp. Card Expiry: _____ / _____	
Patient Status: ☐ GeSY ☐ NON-GeSY: ☐ GP ☐ Private				Patient Email: _____	

REFERRING PHYSICIAN/SCIENTIST

Name: _____	GeSY Physician Code: _____	Clinician Status ☐ GeSY ☐ Government ☐ Private ☐ CING
Location: _____	email: _____	

CLINICAL DETAILS

Clinical Information / Differential / Diagnosis: _____

Medications: _____

Precautions: Contagious diseases (MRSA, COVID-19, CJD, Hepatitis, HIV, etc.), **Contraindicated active medical device** (Cardiac pacemaker, DBS, etc.) or **contraindicated medications** (see Patient Prep sheet)? ☐ YES ☐ NO

The referring physician agrees to more/less exams than ticked below if warranted by the clinical/lab findings and at the discretion of the reporting neurologist ☐ YES ☐ NO

Patient Prep Forms given by ☐ Referring Physician ☐ Receptionist/Nurse of Ref Physician ☐ Other: _____

TYPE OF SERVICE (Please ☒ tick accordingly)

Evoked Potentials

- ☐ 1. Full-Field Pattern-Shift Visual Evoked Potentials (VEP)
☐ 3. Flash Visual Evoked Potentials (FVEP)
☐ 4. Pattern Electroretinogram (PERG)
☐ 5. Brainstem Auditory Evoked Potentials (BAEP)
☐ 6. Threshold Latency Series (TLS)
☐ 7.1 Upper Limb Somatosensory Evoked Potentials (USSEP)
☐ 7.2 Lower Limb Somatosensory Evoked Potentials (LSSEP)
☐ 7.3 Dermatome SSEPs
☐ 8. Motor Evoked Potentials (MEP)
☐ 9. Multi-Modal Evoked Potentials (VEP+BAEP+USSEP+LSSEP)
☐ 38. Cervical Vestibular Evoked Myogenic Potentials (cVEMP)
☐ 45. Ocular VEMPs (oVEMP) (GeSY or Private ONLY)

Electroencephalography (EEG)

- ☐ 30. Routine EEG (rEEG)
☐ 44. Routine Pediatric EEG (pEEG)
☐ 11. Long-Term Video-EEG Monitoring (LTVM)

Vagus Nerve Stimulation (VNS)

- ☐ 35. Vagus Nerve Stimulation
☐ 17. Intraoperative Monitoring (of VNS)
☐ 42. Visiting Doctor

Additional Report Copies

- ☐ 40. Copy of report

Referring Phys.: _____ Signature: _____ Date: _____

OFFICIAL USE ONLY

TO ACCOUNTS: ☐ Patient ☐ Clinician/Hospital ☐ Government ☐ CING Ward ☐ Other: _____

GeSY Ref. No.: _____ Date **Reception** Rec'd: _____ Previous Exams/Dates: _____

Priority: ☐ Routine ☐ Semi-Urgent ☐ **Medically** Urgent Reporting Phys. Initials: _____ Authoriz. Date: _____

Who / When Called Patient: _____ Appt. Date/Time: _____ Appt. No.: _____

Reporting Phys.: _____ Signature: _____ Date: _____

Statement of Health

The lab staff must be informed of patient medical issues that may change the results, or that may put the patient or healthcare staff at risk. Please tick the boxes below appropriately:

Yes / No

- ☐ / ☐ I have a bloodborne or contagious disease (Hepatitis, CJD or BSE, HIV, AIDS, MRSA, etc.)
- ☐ / ☐ I have a medical implant (VNS, DBS, Cardiac pacemaker, defibrillator, etc.) or intravenous / intra-arterial catheter
- ☐ / ☐ I have a cardiovascular and/or lung disease (e.g., COPD, lung cancer, asthma, thrombosis, etc.) and/or other disease that requires oxygen therapy
- ☐ / ☐ I am taking or recently took **Anticoagulants** (Warfarin, Aspirin, etc.), **Acetylcholinesterase inhibitors** (Mestinon, Prostigmin, Botox, etc.), **Spasmolytics** (Baclofen, Diazepam, etc.), **mydriatic eye drops**, or **other medications** (Quinolones, Imuran, Cyclosporin, Cyclophosphamide, Corticosteroids, IVIG, etc.). Please list all medications: _____
- ☐ / ☐ I have a history of spasms
- ☐ / ☐ I am pregnant
- ☐ / ☐ I have a serious medical condition (please list): _____

Informed Consent

- ☐ I am informed about the methodology and risks involved with this examination
- ☐ I have had the opportunity to ask questions about the exam and my questions have been answered to my satisfaction
- I ☐ do ☐ do not ☐ consent that the data collected today will be utilized anonymously for **future analyses and possible publications/presentations**
- ☐ I consent (**or**, on behalf of the patient) to voluntarily do this exam—Patient consent is obtained from a LEGAL REPRESENTATIVE **ONLY** if the patient is:
- (1) ☐ a minor, ☐ incompetent, or ☐ disabled, and (2) the legal representative is ☐ a parent, or ☐ legal guardian

FULL NAME of Patient/Legal Representative _____

SIGNATURE of Patient/ Legal Representative _____

Date _____

Δήλωση Υγείας

Το προσωπικό του εργαστηρίου πρέπει να είναι ενήμεροι για τα ιατρικά θέματα του ασθενή που είτε μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα, είτε να διακινδυνεύουν την υγεία του ασθενή ή του υπαλλήλου. ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΣΗΜΕΙΩΣΕΤΕ ΣΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑ:

ΝΑΙ / ΟΧΙ

- ☐ / ☐ Έχω μεταδοτική πάθηση του αίματος ή μολυσματική ασθένεια (Ηπατίτιδα, CJD ή ΜΣΕ, HIV, COVID-19, MRSA, κτλ.)
- ☐ / ☐ Έχω κάποιο ιατρικό εμφύτευμα (VNS, DBS, βηματοδότη, απινιδωτής, κτλ.) ή ενδοφλέβιο / ενδοαρτηριακό καθετήρα
- ☐ / ☐ Έχω καρδιαγγειακή και/ή πνευμονική πάθηση (π.χ., Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), καρκίνο του πνεύμονα, άσθμα, θρόμβωση, κτλ.), και/ή άλλη πάθηση που χρειάζεται οξυγονοθεραπεία
- ☐ / ☐ Πήρα πρόσφατα: **αντιπηκτικά** (Βαρφαρίνη, Ασπιρίνη, κτλ.), **αναστολείς ακετυλοχολινεστεράσης** (Mestinon, Προστιγμίνη, Botox, κτλ.), **αντισπασμωδικά** (Μπακλοφένης, Διαζεπάμη, κτλ.), **οφθαλμικές σταγόνες για μυδρίαση ή άλλα φάρμακα** (Κινολόνες, Αζαθειοπρίνη, Κυκλοσπορίνη, Κυκλοφωσφαμίδη, Κορτικοστεροειδή, ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη, κτλ.). Παρακαλώ σημειώστε: _____
- ☐ / ☐ Έχω ιστορικό από σπασμούς
- ☐ / ☐ Είμαι έγκυος
- ☐ / ☐ Έχω σοβαρό ιατρικό πρόβλημα (παρακαλώ σημειώστε): _____

Έντυπο Συγκατάθεσης

- ☐ Έχω ενημερωθεί για την μεθοδολογία και για τους πιθανούς κινδύνους της εξέτασης
- ☐ Μου δόθηκε η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις και έχουν απαντηθεί πλήρως
- ☐ Συμφωνώ / ☐ ΔΕΝ συμφωνώ ότι τα δεδομένα της σημερινής εξέτασης μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανώνυμα για **μελλοντικές έρευνες και επιστημονικές δημοσιεύσεις/παρουσιάσεις**
- ☐ Συμφωνώ να παρακαθίσω (ή, εκ μέρους του ασθενή) εθελοντικά σ' αυτή την εξέταση— Συγκατάθεση του ασθενούς λαμβάνεται από ΝΟΜΙΚΟ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ **ΜΟΝΟ** όταν ο ασθενής είναι:
- (1) ☐ ανήλικος, ☐ ανίκανος, ή ☐ ανήμπορος, και (2) η νομική εξουσία είναι από ☐ γονέα, ή ☐ νομικό κηδεμόνα

Όνομα Ασθενούς/Νομικού Εκπρόσωπου (ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ) _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ Ασθενούς/ Νομικού Εκπρόσωπου _____

Ημερομηνία _____