



Centro Hub interaziendale per la chirurgia dell'epilessia

Segnalazione del Caso

Centro Proponente

Epilettologo richiedente

Contatti (cellulare, mail)

DATI ANAGRAFICI

Nome

Cognome

Data di nascita

Comune di residenza

Provincia

DATI CLINICI

Esordio epilessia (anni)

Terapia in corso

Farmacoresistenza

SI

NO

Eziologia

Frequenza crisi (crisi/mese, settimane, die)

Comorbidità

Disabilità cognitiva

Procedure già eseguite (VEEG, RM, etc...)

RICHIESTE

Quesito specifico

Altro