

**MODULO DI RICHIESTA**  
**ESAME COGNITIVO-COMPORTAMENTALE**  
**EPILESSIA**

**Dati paziente**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**Notizie cliniche**

Epilessia  focale  generalizzata  Altro

Età di esordio \_\_\_\_\_ Frequenza mensile delle crisi (media ultimi 6 mesi) \_\_\_\_\_

EEG \_\_\_\_\_

RM/TAC/PET encefalo \_\_\_\_\_

Farmaci (nome, livello plasmatico) \_\_\_\_\_

Intervento chirurgico  No  Sì \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**Richiesta**

- Esame neuropsicologico di 1° livello  
8 test - 2 test per ciascun dominio cognitivo (funzioni attentive/esecutive, linguaggio, memoria, funzioni percettive/prassiche)
- Esame neuropsicologico di 2° livello  
8/16 test - 2 test per ciascun dominio cognitivo (funzioni attentive/esecutive, linguaggio, memoria, funzioni percettive/prassiche, riconoscimento emotivo, cognizione sociale)
- Valutazione comportamentale
- Colloquio psicologico clinico

NOTE: \_\_\_\_\_

Data richiesta \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma e Timbro Medico richiedente \_\_\_\_\_