

## FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS POSTERIORES AL IMPLANTE COCLEAR

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ días

Sexo:  Femenino  Masculino

Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IMPLANTADOR : Nº de CP \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

IMAE: \_\_\_\_\_

### ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta del IMAE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PROCEDIMIENTO REALIZADO:

- Recambio de dispositivo interno
- Recambio de dispositivo interno en garantía
- Recambio de dispositivo externo
- Reparación de dispositivo externo

### COMPLICACIONES: No Si

Intraoperatorias?  No  Si Cuál/es?  Lesión VIIp  
 Sangrado  
 Perforación de membrana timpánica  
 Fistula LCR  
 Otras

Postoperatorias?  No  Si Cuál/es? a) Médicas:  Cardiovasculares  
 Respiratorias  
 Infecciosas  
 Otras

b) Asociadas a cirugía:

Mayores:  Desplazamiento de electrodo  
 Necrosis del colgajo  
 Meningitis  
 Otras

Menores:  Infección superficial de herida operatoria  
 Parálisis/paresia facial  
 Otitis media aguda  
 Seroma-Hematoma  
 Vértigo  
 Tinnitus  
 Otras

**DISPOSITIVO UTILIZADO:**

Dispositivo interno:  No  Si

Dispositivo externo:  No  Si

Descripción: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

---

Adjuntar a este formulario:  Descripción operatoria (dispositivo interno)  
 Stickers de dispositivos implantados  
 Resumen de alta (dispositivo interno)

INGRESO POR SISTEMA