

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN PRE-QUIRÚRGICA NO INVASIVA DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA – FASE 2A

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años. Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Fecha de realización: ___/___/___

Médico responsable: Nº de caja profesional _____ Dr. _____

ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta del IMAE: ___/___/___

Pasa a: Institución de origen Domicilio Otro

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ___/___/___

Lugar: Block UCI Otro

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN:

Confirmación de epilepsia refractaria: Si No

Permite delimitar zona epileptógena: Si No

PARACLÍNICA REALIZADA:

VEEG prolongado: No Si Fecha: ___/___/___

RNM con protocolo de epilepsia: No Si Fecha: ___/___/___

SPECT: No Si Fecha: ___/___/___

PET: No Si Fecha: ___/___/___

Test WADA: No Si Fecha: ___/___/___

Estudio neuropsicológico: No Si Fecha: ___/___/___

Cuestionario Calidad de Vida: No Si Fecha: ___/___/___

COMPLICACIONES: No Si

Neurológicas: No Si Cual: _____

Médicas generales: No Si Cual: _____

CONDUCTA FINAL:

- Ingreso a fase pre quirúrgica invasiva (f2b)
- Ingreso a fase quirúrgica (f3)
- Tratamiento médico

COMENTARIOS: