

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA – FASE 3

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad : _____ años. Sexo : Femenino Masculino IMAE _____

Fecha de realización: ___/___/___

Cirujano: Nº de caja profesional _____ Dr. _____

Neurólogo responsable: Nº de caja profesional _____ Dr. _____

Institución donde se realizó la cirugía: Hospital de Clínicas Otro _____

ESTADO AL ALTA:

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

Pasa a: Institución de origen Domicilio Otro

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ___/___/___

Lugar: Block UCI Otro

DATOS DE LA CIRUGÍA:

Duración (min): ___ ___

Tipo de cirugía realizada:

- A- Sin monitoreo neurofisiológico intraoperatorio
 B- Con monitoreo neurofisiológico intraoperatorio

- Electrocorticografía
 Mapeo funcional intraoperatorio

Procedimiento realizado:

- Cirugía temporal
 Cirugía extratemporal

Especificar: _____

DISPOSITIVOS:

Se utilizaron dispositivos: No Si Cuál? _____

COMPLICACIONES: No Si

Neurológicas/neuroquirúrgicas: No Si

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia cerebral | <input type="checkbox"/> Edema cerebral | <input type="checkbox"/> Fuga LCR |
| <input type="checkbox"/> Isquemia cerebral | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia | <input type="checkbox"/> Infección de herida quirúrgica superficial |
| <input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana | <input type="checkbox"/> Meningitis aséptica | <input type="checkbox"/> Infección de herida quirúrgica profunda |
| <input type="checkbox"/> Estatus epiléptico | <input type="checkbox"/> Cluster de crisis epilépticas | <input type="checkbox"/> Desplazamiento de electrodo |
| <input type="checkbox"/> Disfunción de electrodo | <input type="checkbox"/> Déficit focal neurológico | <input type="checkbox"/> Otros |

Especificar: _____

Médicas: No Si

TVP TEP Neumonía

Psiquiátricas Otra. Especificar: _____

Reintervención: No Si Fecha: __/__/____

Especificar: _____

COMENTARIOS: