

## FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE IMPLANTE COCLEAR

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

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

Sexo:  Femenino  Masculino

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

Implantador: N° de caja profesional \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

Institución dónde se realizó la cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha de conexión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fonoaudiólogo: \_\_\_\_\_

### ESTADO AL ALTA:

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

### 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

**DISPOSITIVO UTILIZADO:**

Descripción: \_\_\_\_\_

(ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA CLARA)

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adjuntar a este formulario:  Descripción operatoria  
 Stickers de dispositivos implantados  
 Resumen de alta

INGRESO POR SISTEMA