

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO LÁSER CO2 PARA CÁNCER DE OROFARINGE, HIPOFARINGE Y LARINGE

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Centro dónde se realiza procedimiento: _____

Fecha de realización: __/__/____

MÉDICO RESPONSABLE

N° de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Inicio de procedimiento: Fecha: __/__/____ Hora: __: __

Fin de procedimiento: Fecha: __/__/____ Hora: __: __

Anestesia: General Local potenciada

COMPLICACIONES

¿Tuvo complicaciones?: No Si Fecha: __/__/____

• Complicaciones quirúrgicas No Si Especifique _____

• Complicaciones Médicas: No Si

- Cardiovasculares: No Si Cuál/es?: HTA Arritmia Otras

- Otras No Si Especifique _____

DATOS DE EGRESO DEL CENTRO

Fecha de egreso: __/__/____ Estado al alta: Vivo Fallecido

Destino: Institución de origen Otro. Especifique _____

Nivel de atención: CTI CI Sala

Consideraciones que juzgue relevantes:

ADJUNTAR:

- Resumen de egreso de centro
- Informe de anatomía patológica, endoscopia, tomografía, resonancia, PET.
- Informe/descripción de procedimiento (detallando procedimiento, eventuales complicaciones)
- Registro de hoja anestésica durante procedimiento.

INGRESO POR SISTEMA