

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 : N° 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

Oído Derecho Izquierdo

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 Calibración? No Si

Descripción: _____

OBSERVACIONES:

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

INGRESO POR SISTEMA