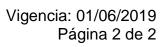


Vigencia: 01/06/2019 Página 1 de 2

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

Nombre dei paciente			
Edad: años. Sexo	: □ Feme	enino 🗆 Masculino	IMAE
Fecha de realización://			
Médico responsable: Nº de caja p	rofesional	Dr	
ESTADO AL ALTA:			
	-1-1 1846	·. / /	
		:://	
Pasa a:		tución de origen	
□ FALLECIDO Fech	a de falle	cimiento://	_
Lugar:	□ Blocl	k □ UCI	□ Otro
RESULTADO DE LA EVALUA	CIÓN:		
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:	





	'n	N		11	$\sim$	ГΑ	FI	INI	Λ	ι.
u	·	ıv	u	u	C I			и	м	ь.

CONDUCTATINAL.
<ul> <li>☐ Ingreso a fase pre quirúrgica invasiva (f2b)</li> <li>☐ Ingreso a fase quirúrgica (f3)</li> <li>☐ Tratamiento médico</li> </ul>

## **COMENTARIOS:**