

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN PRE-QUIRÚRGICA INVASIVA DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA – FASE 2B

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad : _____ años. Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Fecha de realización: ____/____/____

Médico responsable: Nº de caja profesional _____ Dr. _____

ESTADO AL ALTA:

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

Pasa a: Institución de origen Domicilio Otro

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ____/____/____

Lugar: Block UCI Otro

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN:

Permite delimitar zona epileptógena: Si No

DATOS DE LA CIRUGÍA:

Duración (min): ____ Tipo: Convencional Estereotáxica

DISPOSITIVOS:

- Grilla
- Banda subdural
- Electrodo intracraneanos profundos

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

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TVP | <input type="checkbox"/> TEP | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Otra. Especificar: _____ | |

Reintervención: No Si Fecha: ____/____/____

Especificar: _____

CONDUCTA FINAL:

Ingreso a fase quirúrgica (f3)

Fecha de coordinación de la cirugía: __/__/____

Tratamiento médico

Motivo: _____

COMENTARIOS: