

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE IMPLANTE COCLEAR

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: ____ años ____ meses ____ días Sexo: Femenino Masculino

Fecha de realización: ____/____/____

Implantador: Nº de caja profesional _____ Dr. _____

Institución dónde se realizó la cirugía: _____

Fecha de conexión: ____/____/____ Fonoaudiólogo: _____

ESTADO AL ALTA:

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

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

Implante coclear: Unilateral
 Bilateral sincrónico

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/S UTILIZADOS:

Descripción: _____
Oído: Derecho Izquierdo

Descripción: _____
Oído: Derecho Izquierdo

OBSERVACIONES:

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

INGRESO POR SISTEMA