

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DEL PROGRAMA DE NEUROMODULACIÓN EN ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DISTONÍAS CON ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA (ETAPA 3)

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años. Sexo: Femenino Masculino

Cirujano: N.º de caja profesional _____ Dr. _____

Neurólogo responsable: N.º de caja profesional _____ Dr. _____

Institución donde se realizó la cirugía: Hospital de Clínicas Otro _____

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Procedimiento realizado: Primoimplante
 Recambio de dispositivo interno
 Otros Especifique _____

Fecha de realización cirugía: ___/___/___

Duración: ___ (minutos)

DISPOSITIVOS UTILIZADOS

Cuál/es dispositivo/s? _____

ESTADO AL ALTA: Vivo Fecha de alta: ___/___/___

Pasa a: Institución de origen Domicilio Otro

Fallecido Fecha de fallecimiento: ___/___/___

Lugar: Block UCI Otro

COMPLICACIONES No Si

Neurológicas/neuroquirúrgicas No Si

- Hemorragia cerebral
- Edema cerebral
- Isquemia cerebral
- Crisis epilépticas
- Déficit focal neurológico
- Otra _____

Infeciosas No Si

- Herida quirúrgica
- Sistema implantado
- Meningitis
- Otra. _____

Desplazamiento de electrodos: No Si

Disfunción de electrodos: No Si

Especificar: _____

Reintervención: No Si

Fecha ___/___/___

Especificar _____
(Adjuntar descripción operatoria)

Médicas: No Si

- TVP
- TEP
- Neumonía
- Psiquiátricas
- Otras _____

ADJUNTAR

Primoimplante:

- Informe de RMN encefálica 3 T
- Descripción operatoria y hoja de registro anestésico
- Stickers de dispositivo implantado
- Informe de TC cráneo posoperatoria
- Resumen de alta

Recambio de dispositivo interno:

- Descripción operatoria y hoja de registro anestésico
- Stickers de dispositivo implantado
- Resumen de alta

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA