

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACION PREQUIRUGICA NO INVASIVA DE  
CIRUGÍA DE EPILEPSIA – FASE 2 A**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo:  Femenino  Masculino Prestador: \_\_\_\_\_

Procedimiento:  a coordinar:  
 ya realizado: Fecha de monitoreo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**MEDICO SOLICITANTE:**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:**  Epilepsia refractaria

Fecha de diagnóstico de epilepsia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de diagnóstico de epilepsia refractaria: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**ANTECEDENTES PERINATALES**  No  Si

- Sufrimiento fetal
- Hipoxia perinatal
- Pretermino
- Infección perinatal
- Otros

Especificar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Desarrollo psicomotor normal:**  Si  No

**Rendimiento escolar normal:**  Si  No

**Convulsiones febriles en infancia:**  Si  No

**Traumatismo encefalocraneano:**  No  Si

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Infección SNC:**  No  Si

Cual: \_\_\_\_\_

**AP psiquiátricos/neuropsicológicos:**  No  Si

Cual: \_\_\_\_\_

**AP neurológicos:**  No  Si

Cual: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**  No  Si

**Epilepsia:**  Si  No

Cual: \_\_\_\_\_

Cual: \_\_\_\_\_

Enfermedades neurológicas:  Si  No

**SITUACIÓN CLÍNICA**

Tipo de crisis epilépticas:

**Inicio:**  Focal  Generalizada  Desconocido

**Clínica**  Motor  No motor Cual? \_\_\_\_\_

Frecuencia mensual actual de crisis: \_\_\_ \_ \_

**ESTUDIOS REALIZADOS**

**EEG:**  No  Si Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**VEEG:**  No  Si Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**RNM cráneo:**  No  Si Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SPECT:**  No  Si Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PET:**  No  Si Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Estudio neuropsicológico:**  No  Si  
Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## TRATAMIENTO ACTUAL

### Tratamientos antiepilépticos que recibe actualmente:

Levetiracetam	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Dosis diaria: _____ mg
Valprovato	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Dosis diaria: _____ mg
Carbamacepina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Dosis diaria: _____ mg
Oxcarbamacepina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Dosis diaria: _____ mg
Gabapentina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Dosis diaria: _____ mg
Topiramato	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Dosis diaria: _____ mg
Difenilhidantoina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Dosis diaria: _____ mg
Lamotrigina	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Dosis diaria: _____ mg
Fenobarbital	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Dosis diaria: _____ mg
Clonazepam	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Dosis diaria: _____ , _____ mg
Otros	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cuál? _____ Dosis diaria: _____ mg

---

## CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES

Adjuntar resumen de historia clínica

INGRESO POR SISTEMA